

368.382

DAL

2 21

**ANALISIS FAKTOR-FAKTOR YANG BERPENGARUH
TERHADAP TINGKAT KEPUASAN PESERTA JPKM
DALAM PELAYANAN KESEHATAN YANG DIBERIKAN PPK-I
PADA BADAN PENYELENGGARA HATIMAS SETIA
SEMARANG TAHUN 2002**

Tesis

Diajukan untuk memenuhi sebagian syarat
guna memperoleh derajat Magister Kesehatan



Oleh :

D A R S O N O
NIM. E4A000073
Promosi Kesehatan

**Program Magister Ilmu Kesehatan Masyarakat
Program Pascasarjana
Universitas Diponegoro
2003**

UPT-PUSTAK-UWDIP

TESIS

ANALISIS FAKTOR-FAKTOR YANG BERPENGARUH TERHADAP TINGKAT KEPUASAN PESERTA JPKM DALAM PELAYANAN KESEHATAN YANG DIBERIKAN PPK-I PADA BADAN PENYELENGGARA HATIMAS SETIA SEMARANG TAHUN 2002


Dipersiapkan dan disusun oleh :

Darsono
E4A000073

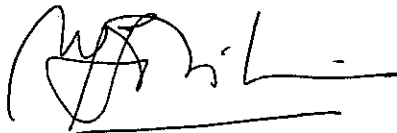
Promosi Kesehatan
Telah dipertahankan di depan Dewan Penguji
Pada tanggal 27 Pebruari 2003

Mengetahui
DEWAN PENGUJI

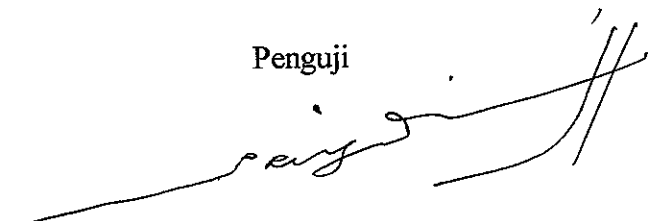
Pembimbing Utama


Dr. Bagoes Widjanarko, MPH
NIP. 131 962 236

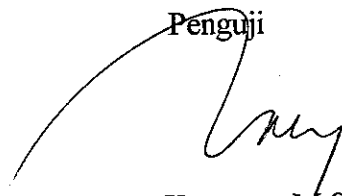
Pembimbing Pendamping


Dr. Harbandinah Pietojo, SKM
NIP. 130 354 865

Penguji


Priyadi Nugraha, SKM, M.Kes
NIP. 132 046 693

Penguji


Drs. Karyono, M Si.
NIP. 130 701 405

Tesis ini telah diterima sebagai salah satu persyaratan
untuk memperoleh gelar Magister Kesehatan
Ketua Program Studi Magister Ilmu Kesehatan Masyarakat



Dr. Sudiro, MPH/ Dr (PH)
NIP. 131 252 965

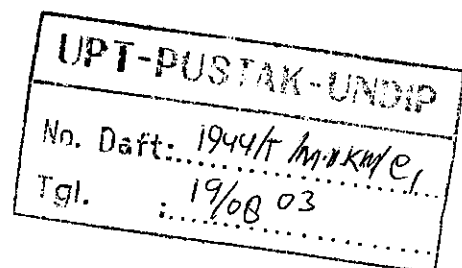
Pernyataan

Saya, Darsono, yang bertanda tangan di bawah ini

Menyatakan bahwa tesis yang saya ajukan ini adalah hasil karya sendiri yang belum pernah disampaikan untuk mendapatkan gelar pada program magister ini ataupun program lainnya. Karya ini adalah milik saya, karena itu pertanggungjawabannya sepenuhnya berada di pundak saya

Darsono

Pebruari 2003



BIODATA PENULIS

N a m a : Darsono, SKM
Tempat/tgl. lahir : Purwokerto, 16 Januari 1963
A g a m a : I s l a m
Alamat : Jl. Palapa Sari Blok J-11 Perumahan Pondok Majapahit I
D e m a k

Riwayat Pendidikan : 1. Sekolah Dasar Negeri Sokaraja Kulon III
Kab. Banyumas (1971-1976)
2. Sekolah Menengah Pertama Negeri Kalibagor
Kab. Banyumas (1977-1980)
3. Sekolah Menengah Atas Negeri II Purwokerto
(1980 -1983)
4. Sekolah Pembantu Penilik Hygiene (SPPH)
Purwokerto (1985)
5. Akademi Penilik Kesehatan Purwokerto
(1992-1994)
6. Fakultas Kesehatan Masyarakat UNDIP
Semarang (1999-2001)
7. Pasca Sarjana UNDIP Semarang (2001-2003)

Riwayat Pekerjaan : 1. Staf Kanwil Departemen Kesehatan Jawa Tengah
(1986-2001)
2. Staf Dinas Kesehatan Propinsi Jawa Tengah
(2001- sekarang)

KATA PENGANTAR

Puji syukur penulis panjatkan kehadirat Tuhan Yang Maha Kuasa atas segala rahmat dan karuniaNya, sehingga penulis dapat menyelesaikan tesis ini. Tesis dengan judul “Analisis Faktor-Faktor yang Berpengaruh Terhadap Tingkat Kepuasan Peserta JPKM dalam Pelayanan Kesehatan yang Diberikan PPK-I pada Bapel Hatimas Setia Semarang Tahun 2002”, disusun untuk memenuhi salah satu persyaratan mencapai gelar Sarjana S2 Program Pasca Sarjana Ilmu Kesehatan Masyarakat Universitas Diponegoro Semarang.

Penulis mengucapkan terima kasih dan rasa hormat yang mendalam kepada Bapak dr. Bagus Widjanarko, MPH dan Ibu dr. Harbandinah Pietoyo, SKM yang penuh perhatian dan kesabaran serta memberikan bimbingan serta arahan selama pembuatan tesis ini.

Ucapan terima kasih dan rasa hormat juga penulis haturkan kepada :

1. Kepala Dinas Kesehatan Propinsi Jawa Tengah yang telah memberikan kesempatan penulis untuk mengikuti pendidikan S2 Undip.
2. Direktur beserta seluruh staf pengelola Program Pasca sarjana Ilmu Kesehatan Masyarakat Universitas Diponegoro.
3. Semua dosen dan staf pengajar Program Pasca Sarjana Ilmu Kesehatan Masyarakat Universitas Diponegoro yang telah memberikan dorongan dan ilmu pengetahuan untuk penyusunan tesis.
4. Direktur dan staf Badan Penyelenggara Hatimas Setia Semarang yang telah banyak membantu dalam pembuatan tesis ini.

5. Para responden yang telah bersedia meluangkan waktu untuk wawancara dengan penulis dalam rangka penyusunan tesis ini.
6. Istriku Dra. Siti Airiningsih dan anak-anakku Ryan Fernanda, Arienda Novianne Devy yang telah memberi spirit dalam menempuh pendidikan.
7. Semua pihak yang tidak dapat penulis sebutkan satu per satu yang telah membantu penulis dalam penyusunan tesis.

Menyadari bahwa tesis ini masih jauh dari sempurna, penulis mengharapkan kritik dan saran perbaikan, sehingga dapat lebih berguna dan bermanfaat bagi pihak terkait.

Semarang, Pebruari 2003.

P e n u l i s

ABSTRAK

Darsono

Analisis Faktor-faktor yang Berpengaruh Terhadap Tingkat Kepuasan Peserta JPKM dalam Pelayanan Kesehatan yang Diberikan PPK-I pada Badan Penyelenggara Hatimas Setia Semarang.

Kepuasan peserta JPKM memegang peranan penting dalam program Jaminan Pemeliharaan Kesehatan Masyarakat. Kepuasan dalam pelayanan kesehatan dapat mencegah terjadinya *drop out* kepesertaan. Penelitian bertujuan untuk mengetahui faktor-faktor yang berpengaruh terhadap tingkat kepuasan peserta JPKM dalam pelayanan kesehatan yang diberikan PPK-I pada Badan Penyelenggara Hatimas Setia Semarang.

Jenis penelitian ini adalah observasional dengan pendekatan *cross sectional*. Populasi penelitian semua peserta JPKM berkeluarga di Bapel Hatimas Setia Semarang yang pernah menggunakan jasa pelayanan kesehatan di PPK-I sebanyak 586 dengan besar sampel 83 orang. Variabel bebas karakteristik peserta JPKM (jenis kelamin, umur, pendidikan, pengalaman, jenis paket). Variabel terikat tingkat kepuasan. Data dianalisis dengan uji statistik Chi Square, Kendall's tau, dan Regresi Logistik.

Hasil penelitian menunjukkan ada hubungan yang signifikan antara jenis kelamin responden dengan tingkat kepuasan ($p = 0,031$), juga variabel umur ($0,009$), tingkat pendidikan ($p=0,022$), dan pengalaman ($p=0,09$). Jenis kelamin, umur, dan pengalaman berpengaruh terhadap tingkat kepuasan, dan yang paling dominan adalah variabel umur. Aspek tertinggi dalam ketidakpuasan pasien peserta JPKM adalah kesinambungan pelayanan (69,9 %), kemudian pengetahuan dan kompetensi teknis pengelola PPK-I (66,3 %), penerimaan pelayanan kesehatan (63,9 %), dan ketersediaan pelayanan (60,2 %).

Rekomendasi dalam penelitian ini agar PPK-I memberikan informasi mengenai penyakit kepada pasien JPKM, tidak menomorduakan pasien peserta JPKM. Pihak Badan Penyelenggara agar melakukan sosialisasi kepada petugas PPK-II mengenai adanya kerja sama antara Bapel dengan PPK-II sehingga ada kesinambungan pelayanan kesehatan, melakukan monitoring dan evaluasi dengan cara membuat form mengenai pelayanan kesehatan yang dilakukan PPK-I dan diisi oleh peserta JPKM secara rutin dan periodik. Peneliti lain dapat melakukan penelitian mengenai kinerja Badan Penyelenggara dalam menyelenggarakan program JPKM.

Kata Kunci : Kepuasan Peserta JPKM, Karakteristik, Pemberi Pelayanan Kesehatan Tingkat I (PPK-I).

Kepustakaan : 37

Halaman : 98

ABSTRACT

Darsono

Analysis of the Factors that Influence to the Satisfaction Level of JPKM's Members in Health Services, which is given by PPK-I at the Executive Body of "Hatimas Setia" Semarang.

The satisfaction of JPKM's members is very important in Public Health Care Guarantee Program. The satisfaction in health services can prevent the happened of membership drop out. This research was to know the factors that influence to the satisfaction level in health services, which was given by PPK-I at the executive body of "Hatimas Setia" Semarang.

This was observational research using cross sectional approach. The population was all members of Public Health Care Guarantee who had a family at the executive body of Hatimas Setia Semarang who have ever used the health services at PPK-I. The number of population were 586 persons. The number of sample were 83 persons. Independent variables were the characteristics of JPKM's members (sex, age, education, experience, types of package). Dependent variable was the satisfaction level. Statistical analysis used Chi Square test, Kendall's tau test, and Logistic Regression.

Based on statistical analysis, it is known that sex (p value = 0.031); age (p value = 0.009); education (p value = 0.022); and experience (p value = 0.090) have significant relationship with the satisfaction level. Sex, age, and experience influence to the satisfaction level. The dominant variable is age. Aspects, which are the higher percentage of not satisfaction of JPKM's members, are the continuity of services (69.9 %), the knowledge and the technical competence (66.3 %), the acceptance of health services (63.9 %), and the availability of services (60.2 %).

Suggestion, PPK-I should give information about the diseases to patient of JPKM's members. PPK-I should give services to the patients of JPKM's members as same as the others patients. The executive body should do socialization to PPK-II officers about the cooperation between the executive body and PPK-II. Finally, there will be available the sustainability of health services. The executive body should do monitoring and evaluating by making form of health services, which is done by PPK-I and filled by JPKM's members routinely and periodically. Other researchers can do research of the work performance of the executive body in implementation of JPKM program.

Key Words : The Satisfaction of JPKM's Members, The Characteristics, Provider of Health Services on Level I (PPK-I).

Bibliography : 37 references

DAFTAR ISI

HALAMAN JUDUL	i
LEMBAR PENGESAHAN	ii
PERNYATAAN	iii
BIODATA PENULIS	iv
KATA PENGANTAR	v
ABSTRAK	vii
DAFTAR ISI	ix
DAFTAR TABEL	xiii
DAFTAR GAMBAR	xiv
DAFTAR LAMPIRAN	xv
BAB I PENDAHULUAN	1
A. Latar Belakang	1
B. Rumusan Masalah	10
C. Tujuan Penelitian	11
D. Manfaat Penelitian	12
E. Keaslian Penelitian	13
F. Ruang Lingkup Penelitian	14

BAB II. TINJAUAN PUSTAKA	16
A. Pengertian JPKM	16
B. Tujuan JPKM	19
C. Pelaku Utama dalam JPKM	19
D. Jurus – Jurus Dalam JPKM	20
E. Perbandingan/Perbedaan Antara JPKM dengan Pola Pembiayaan Kesehatan Lainnya	21
F. Keunggulan JPKM	23
G. Alasan Terpilihnya JPKM	23
H. Sejarah Perkembangan JPKM	24
I. Landasan Hukum Penyelenggaraan JPKM	28
J. Kedudukan atau Status JPKM	30
K. Tantangan dan Implikasi ke Depan dalam JPKM	31
L. Visi dan Misi Pembangunan JPKM	32
M. Standard Pelayanan Kesehatan di PPK-I	33
N. Perilaku Masyarakat dalam Pelayanan Kesehatan	34
O. Pengertian Kepuasan	36
P. Karakteristik Peserta JPKM	46
Q. Kerangka Teori	50
 BAB III. METODE PENELITIAN	 51
A. Kerangka Konsep	51
B. Hipotesis	52

C. Variabel Penelitian	52
D. Definisi Operasional	53
E. Jenis Penelitian	58
F. Populasi dan Sampel	58
G. Proses Pengumpulan Data	61
H. Pengolahan Data	62
I. Analisis Data	62
J. Validitas dan Reliabilitas	64
K. Jalannya Penelitian	65
 BAB IV HASIL PENELITIAN	 66
A. Gambaran Umum Lokasi Penelitian	66
B. Hasil Wawancara dengan Responden	69
 BAB V PEMBAHASAN	 80
A. Karakteristik Responden	80
B. Hubungan Antara karakteristik Responden dengan Tingkat Kepuasan dalam Pelayanan Kesehatan yang Diberikan Oleh PPK-I	 82
C. Pengaruh Karakteristik Responden Terhadap Tingkat Kepuasan	 88
D. Ketidakpuasan Responden	89

BAB VI. KESIMPULAN DAN SARAN	94
A. Kesimpulan	94
B. Saran	95

DAFTAR PUSTAKA

LAMPIRAN

DAFTAR TABEL

Tabel	Halaman
4.1. Jumlah Sarana Pelayanan Kesehatan yang Berpotensi Sebagai PPK I di Kota Semarang	68
4.2. Jumlah Sarana Pelayanan Kesehatan yang Berpotensi Sebagai PPK II di Semarang	68
4.3. Distribusi Responden Menurut Jenis Kelamin	69
4.4. Distribusi Responden Menurut Umur	70
4.5. Distribusi Responden Menurut Tingkat Pendidikan	70
4.6. Distribusi Distribusi Responden Menurut Pengalaman Berobat ke PPK-I	71
4.7. Distribusi Responden Menurut Jenis Paket	71
4.8. Distribusi Tingkat Kepuasan Responden	72
4.9. Distribusi Tingkat Kepuasan Responden Menurut Dimensi Kepuasan	72
4.10. Hubungan Antara Jenis Kelamin Responden Dengan Tingkat Kepuasan	73
4.11. Hubungan Antara Umur Responden dengan Tingkat Kepuasan	74
4.12. Hubungan Antara Tingkat Pendidikan Dengan Tingkat Kepuasan	75
4.13. Hubungan Antara Pengalaman Berobat ke PPK-I dengan Tingkat Kepuasan	76
4.14. Hubungan Antara Jenis Paket Dengan Tingkat Kepuasan	77
4.15. Pengaruh karakteristik responden Terhadap Tingkat Kepuasan	78

DAFTAR GAMBAR

Gambar	halaman
Gambar 1 : Kerangka Teori	50
Gambar 2 : Kerangka Konsep	51

DAFTAR LAMPIRAN

1. Hasil Uji Validitas dan Reliabilitas
2. Kuesioner Penelitian
4. Hasil Frekuensi
5. Hasil Analisis Univariat
6. Hasil Crosstabs
7. Hasil Uji Kendall's tau dan Chi Square
8. Hasil Analisis Regresi Logistik

BAB I

PENDAHULUAN

A. Latar Belakang

Kesehatan merupakan salah satu dari beberapa hak azasi manusia. Hak azasi manusia dalam bidang kesehatan meliputi tiga hal, yaitu hak untuk memperoleh informasi (*the right to information*), hak menentukan nasib sendiri (*the right to self determination*), dan hak untuk memperoleh pemeliharaan kesehatan atau *the right to health care* (Poernomo, 1994). Berkaitan dengan itu pula maka disebutkan dalam Undang-Undang Nomor 23 tahun 1992 tentang Kesehatan, yang substansinya adalah bahwa pembangunan kesehatan di Indonesia ditujukan untuk mewujudkan derajat kesehatan masyarakat secara optimal.

Oleh karena kesehatan merupakan sektor yang sangat penting dalam pembangunan nasional, maka menurut Thabrany (2001), pada waktu menjadi menteri Kesehatan, Prof. Moeloek berhasil meyakinkan Presiden Habibie bahwa kesehatan dan pendidikan merupakan kunci keberhasilan Indonesia di dalam bersaing di dunia global. Untuk itu dicanangkan visi Indonesia Sehat 2010. Dalam visi ini terdapat empat pilar, yaitu : paradigma sehat, profesionalisme, desentralisasi, dan jaminan pemeliharaan kesehatan masyarakat (JPKM).

Masuknya JPKM sebagai salah satu pilar Indonesia Sehat 2010 mendorong berbagai upaya untuk memperluas JPKM. Maka dari itu

dibentuklah Direktorat JPKM yang diharapkan dapat memperkuat perkembangan JPKM. Sebelum itu JPKM hanya berada di bawah koordinasi Sub Direktorat Bina Institusi Upaya Kesehatan yang tidak khusus menangani JPKM.

JPKM pada prinsipnya hendak menata sub sistem pelayanan dan sub sistem pembiayaan kesehatan. Masalah yang paling menonjol pada sub sistem pelayanan kesehatan ialah pelayanan kesehatan tersebut menjadi terkotak-kotak (*fragmented health service*), amat tergantung pada pelbagai peralatan kedokteran canggih serta cenderung mengorganisir pelayanan kesehatan yang lebih majemuk. Keadaan seperti ini tentu akan merugikan masyarakat, karena masyarakat akan sulit mendapatkan pelayanan kesehatan yang menyeluruh atau *comprehensive health services* (Azwar, 1996).

Selain itu masalah yang paling menonjol pada sub sistem pembiayaan kesehatan ialah bahwa biaya kesehatan yang selalu mengalami peningkatan. Peningkatan biaya kesehatan tersebut bukan saja karena telah dipergunakannya pelbagai peralatan canggih, tetapi juga karena pelayanan kesehatan tersebut telah terkotak-kotak. (Azwar, 1996).

Penelitian yang telah dilakukan oleh bank Dunia dan Departemen Kesehatan tahun 1982, 1987, dan 1995 menunjukkan bahwa secara nasional, masyarakat mengeluarkan sekitar 70 % dari semua biaya kesehatan, sedangkan pemerintah mengeluarkan sekitar 30 % saja. Situasi ini sebenarnya sesuai dengan arah pembangunan nasional, yaitu menekankan pada kemandirian masyarakat dan efisiensi anggaran pemerintah serta

mengembangkan peluang untuk efisiensi anggaran pemerintah. Disamping itu juga mengembangkan peluang untuk pembiayaan dari masyarakat termasuk dunia usaha.

Hasil penelitian itu juga menunjukkan bahwa sekitar 75 % dari pembiayaan kesehatan oleh masyarakat masih bersifat pengeluaran langsung dari kantong masyarakat (*out of pocket*), yang digunakan lebih pada upaya pengobatan (43 % obat, 37 % rumah sakit, 13 % praktek swasta, 5 % Puskesmas, dan 20 % pendidikan kesehatan), sehingga cenderung tidak efisien. Hanya sekitar 25 % pembiayaan kesehatan oleh masyarakat yang tersalur melalui pembiayaan pra-upaya. Melalui pembiayaan pra-upaya inilah sebenarnya pemeliharaan kesehatan dapat direncanakan dan diatur pembiayaannya dengan lebih baik.

Keadaan yang berlarut dari situasi di atas dapat mengakibatkan peningkatan biaya kesehatan yang kurang terkendali, mengikuti *law of medical money* dan *law of medical uncertainty*. Kedua istilah ini berarti bahwa berapapun biaya yang dikeluarkan untuk pelayanan kesehatan akan habis dipakai, disamping rasa ketidakpastian dalam menghadapi penyakit yang menyebabkan orang cenderung mencari segala upaya untuk bisa sembuh, mengeluarkan biaya berapa saja yang dibutuhkan. Hal ini mendorong terjadinya penggunaan pelayanan kesehatan yang tidak perlu, sehingga merupakan pemborosan pembiayaan kesehatan, padahal di lain pihak masih ada masyarakat yang lebih memerlukan.

Salah satu upaya Departemen Kesehatan dalam mengatasi masalah pelayanan dan pembiayaan kesehatan di atas adalah dengan mencanangkan program JPKM. Perkembangan JPKM secara nasional, sampai dengan saat ini terdapat 21 Badan Penyelenggara (Bapel) yang telah mendapatkan izin operasional dari Departemen Kesehatan. Sementara itu masih terdapat puluhan permohonan yang sedang dalam proses perolehan izin.

Pada umumnya Bapel yang telah mendapatkan izin hanya bermodal sangat kecil untuk ukuran asuransi kesehatan. Ada Bapel yang hanya bermodalkan tiga puluh juta rupiah saja. Bapel yang bermodal relatif besar hanya memiliki modal lima ratus juta rupiah. Hal ini tentu saja mempengaruhi kinerja penjualan dan pelayanan yang diberikan oleh Bapel tersebut.

Mengenai jumlah peserta atau tertanggung, pada tahun 1999 ada Bapel yang hanya mempunyai 441 jiwa. Sedangkan jumlah peserta Bapel terbesar (diluar peserta perusahaan asuransi) hanya berkisar pada 28.878 orang saja (yang pada akhir tahun 2000 telah bangkrut karena kesulitan solvabilitas). Adapun jumlah tertanggung yang mampu diraih oleh Bapel tersebut adalah sebagai berikut : jumlah tertanggung 108.000 jiwa (1998) pada 14 Bapel, tahun 1999 jumlah tertanggung tetap namun dengan penambahan Bapel menjadi 17 Bapel, dan tahun 2000 menjadi 21 Bapel dengan jumlah tertanggung 286.734 jiwa (Profil Kesehatan, 2000).

Produk yang dijual Bapel JPKM maupun oleh perusahaan asuransi sangat bervariasi dari yang hanya menanggung perawatan di Puskesmas

dengan pembayaran kapitasi dan penggantian biaya rawat inap di rumah sakit maksimum Rp. 250.000,- sampai yang menanggung perawatan di luar negeri.

Penjualan produk JPKM yang dijual perusahaan asuransi lebih berkembang dibandingkan dengan yang dijual oleh Bapel-bapel JPKM yang mendapat izin operasional dari Departemen Kesehatan. Produk JPKM antara lain juga dijual oleh perusahaan asuransi seperti PT. Askes, PT. Tugu Mandiri, dan PT. Alliance. Perkembangan produk JPKM yang dijual oleh perusahaan asuransi jauh lebih banyak dari yang dijual oleh Bapel JPKM.

Jumlah tertanggung atau peserta yang mampu diraih oleh perusahaan asuransi jauh lebih banyak dari yang mampu dijual oleh Bapel JPKM. Jumlah peserta yang diraih PT. Askes tahun 1999 sudah mencapai lebih dari 650 ribu peserta dari 2.239 perusahaan. Perusahaan asuransi Tugu Mandiri dan Allianz masing-masing telah mampu meraih lebih dari 50.000 peserta *managed care* yang secara garis besar sama dengan produk JPKM. Hal ini karena kepercayaan pembeli jauh lebih tinggi kepada perusahaan asuransi daripada kepada Bapel JPKM. Kedua, pemilikan modal Bapel JPKM pada umumnya sangat lemah, sehingga bapel tersebut tidak mampu merekrut tenaga profesional yang memadai jumlah dan kualitasnya. Ketiga, produk yang dijual bapel JPKM kurang mampu bersaing (cakupan dan harganya) dengan produk yang dijual oleh perusahaan asuransi (Thabrany, 2001).

Perkembangan JPKM di Jawa Tengah, sampai dengan saat dengan saat ini baru terdapat dua buah Bapel yaitu PT. Hatimas Setia yang berkedudukan di Kota Semarang dan PT. Husada Mandiri Berbakti yang

berada di Kabupaten Klaten. Adapun perkembangan kepesertaan pada Bapel Hatimas Setia Semarang sejak berdirinya pada tahun 1997 adalah sebagai berikut : jumlah tertanggung 403 jiwa (1998), 1.141 jiwa (1999), 3.781 jiwa (2000), dan 5.865 jiwa per Desember 2001. Jumlah total tertanggung 5.865 jiwa per Desember 2001 tersebut bila dirinci berdasarkan paket yang diikuti adalah sebagai berikut : paket A bujangan 64 peserta, paket A berkeluarga 98 peserta, paket B bujangan 3.651 peserta, paket B berkeluarga 488 peserta. Pada paket A jumlah tertanggung seluruhnya adalah 384 jiwa, sedangkan jumlah tertanggung seluruhnya pada paket B adalah 5.481 jiwa. Dengan demikian jumlah tertanggung seluruhnya adalah 5.865 jiwa.

Selain itu Bapel Hatimas Setia telah mempunyai Pemberi Pelayanan Kesehatan (PPK) I maupun II. Ikatan kontrak atau kerjasama dengan PPK I sebanyak 9 buah, dan PPK II sebanyak 1 buah rumah sakit pemerintah, dan 3 buah rumah sakit swasta. Disamping itu juga menjalin kerja sama dengan 4 buah optik (Data sekunder, PT. HMS, 2002).

Sedangkan pada PT. Husada Mandiri Berbakti Klaten adalah sebagai berikut : 4.327 jiwa (1997), 6.233 jiwa (1998), 8.269 jiwa (1999), dan 11.467 jiwa pada tahun 2000. Jaringan PPK I yang di ajak bermitra terdiri dari 34 Puskesmas dan 49 orang dokter praktek swasta, sedangkan PPK -II adalah 11 rumah bersalin swasta, 1 rumah sakit umum

pemerintah dan 1 rumah sakit swasta. (Data sekunder, di Dinas Kesehatan Propinsi Jateng, 2002).

Kepesertaan dalam program JPKM merupakan unsur yang sangat penting, selain unsur pelaku yang lain yaitu Pemberi Pelayanan Kesehatan (PPK), Bapel, maupun Badan Pembina (Bapim). Oleh karena itu PPK harus dapat memberikan kepuasan kepada peserta. Ketidakpuasan peserta dalam pelayanan kesehatan yang diterimanya akan dapat berakibat berpalingnya mereka dari pemberi jasa pelayanan., sehingga dapat terjadi fenomena drop out kepesertaan yang pada gilirannya berakibat kegagalan program JPKM. Apalagi ditengah persaingan seperti dengan Jamsostek, Askes Sukarela, maupun Alliance. Oleh karena itu perlu diketahui tingkat kepuasan peserta JPKM yang menjadi members suatu Bapel. Dengan mengetahui tingkat kepuasan peserta, Bapel JPKM dapat mengambil kebijakan atau tindakan memecahkan persoalan, artinya mencari faktor-faktor penyebab ketidakpuasan peserta dan berusaha memperbaikinya, khususnya pada Bapel PT. Hatimas Setia yang merupakan Bapel pertama di Jawa Tengah, yang diharapkan dapat menjadi pemacu pertumbuhan JPKM pada Kabupaten/Kota lain di propinsi ini.

Berdasarkan studi pendahuluan yang penulis lakukan melalui wawancara dengan petugas Badan Penyelenggara PT. Hatimas Setia Semarang, diperoleh informasi bahwa ada beberapa peserta JPKM yang complain atau menyampaikan keluhan sehubungan dengan pelayanan yang dilakukan oleh PPK I. Keluhan yang disampaikan tersebut mengenai waktu

pelayanan yang terkadang tidak konsisten, misalnya seharusnya PPK I membuka jam pelayanan dari pukul 09.00-12.00, namun demikian PPK I tersebut tutup sebelum waktunya. Demikian pula mengenai perlakuan terhadap peserta JPKM yang menunggu pelayanan kesehatan di PPK-I. Mengenai hal ini diperoleh informasi bahwa ada dokter PPK-I yang lebih mendahulukan pasien non-peserta JPKM untuk mendapatkan pelayanan kesehatan, padahal peserta JPKM tersebut datang lebih awal dibandingkan pasien non peserta JPKM. Keluhan-keluhan tersebut pada prinsipnya merupakan ungkapan ketidakpuasan peserta JPKM atas pelayanan kesehatan yang diterima.

Data yang diperoleh dari Bapel Hatimas Setia Semarang, menyebutkan bahwa keluhan terbanyak adalah dari peserta berkeluarga, baik peserta paket A maupun paket B. Dari sejumlah 98 peserta paket A berkeluarga jumlah yang mengeluh adalah 17 peserta atau 17,35 %, sedangkan peserta paket A bujangan yang menyampaikan keluhan sebanyak 6 orang dari total 64 peserta atau 9,38 %. Kemudian pada paket B, dari 488 peserta berkeluarga, yang mengeluh sebanyak 74 orang atau 15,16 %, dan peserta bujangan dari sejumlah 3.651 orang, yang menyampaikan keluhan 148 orang atau 4,05 %.

Keadaan di atas, meskipun hanya sebagian kecil peserta JPKM yang menyampaikan keluhan tersebut kepada Badan Penyelenggara PT. Hatimas Setia, akan tetapi sangatlah mungkin bahwa hal tersebut ibarat fenomena gunung es (*ice berg phenomena*), dimana yang sesungguhnya banyak kejadian

serupa yang dialami atau dirasakan oleh peserta JPKM pada Bapel PT. Hatimas Setia Semarang.

Sementara itu , menurut Departemen Kesehatan RI (1997), peserta JPKM mempunyai kepentingan, yaitu mendapatkan pelayanan yang bermutu dan memuaskan. Sedangkan kepentingan Badan Penyelenggara adalah mendapat peserta yang merasa puas. Pada sisi PPK, sikap dan perilaku yang diharapkan adalah cepat dan tepat tanggap terhadap keluhan peserta atas ketidakpuasannya (Dep Kes RI, 1997).

Penulis tertarik untuk meneliti tingkat kepuasan peserta JPKM pada Bapel PT. Hatimas Setia Semarang dengan alasan sebagai berikut :

Adanya keluhan (*complain*) yang pernah disampaikan oleh sebagian peserta JPKM pada PT. Hatimas Setia Semarang, dimana keluhan tersebut merupakan ungkapan adanya ketidakpuasan dalam pelayanan kesehatan yang diberikan oleh PPK-I. Keluhan yang disampaikan oleh peserta JPKM tersebut terjadi pada peserta Paket A berkeluarga maupun bujangan, dan juga pada peserta Paket B berkeluarga maupun bujangan. Namun demikian persentase peserta yang menyampaikan keluhan lebih banyak pada Paket A berkeluarga dan Paket B berkeluarga, yaitu pada peserta Paket A berkeluarga 17,35 % sedangkan pada peserta Paket B berkeluarga 15,16 %. Persentase peserta yang mengeluh pada Paket A bujangan 9,38 %, sedangkan pada peserta Paket B bujangan 4,05 %.

B. Rumusan Masalah

Berdasarkan latar belakang yang telah penulis sampaikan di atas, maka rumusan masalah dalam penelitian ini adalah sebagai berikut :

1. Faktor-faktor apa yang menyebabkan kepuasan atau ketidakpuasan peserta JPKM atas pelayanan yang diberikan oleh PPK I pada Bapel PT. Hatimas Setia Semarang ?
2. Bagaimana tingkat kepuasan peserta JPKM dalam pelayanan yang diberikan oleh PPK-I pada Bapel PT. Hatimas Setia Semarang ?

C. Tujuan Penelitian

1. Tujuan Umum

Diketahuinya faktor-faktor yang berpengaruh terhadap tingkat kepuasan peserta JPKM dalam pelayanan yang diberikan oleh Pemberi Pelayanan Kesehatan (PPK I) pada Badan Penyelenggara PT. Hatimas Setia Semarang .

2. Tujuan Khusus

- a. Identifikasi karakteristik (umur, pendidikan, pengalaman, jenis kelamin, jenis paket yang diikuti) responden pada Badan Penyelenggara PT. Hatimas Setia Semarang.
- b. Identifikasi tingkat kepuasan responden tentang pelayanan kesehatan yang diberikan oleh PPK I pada Badan Penyelenggara PT. Hatimas Setia Semarang.

- c. Identifikasi pengaruh karakteristik terhadap tingkat kepuasan responden dalam pelayanan kesehatan yang diberikan oleh PPK I pada Badan Penyelenggara PT. Hatimas Setia Semarang..
- d. Analisis faktor yang paling dominan terhadap tingkat kepuasan responden dalam pelayanan kesehatan yang diberikan oleh PPK I pada Badan Penyelenggara PT. Hatimas Setia Semarang.

D. Manfaat penelitian

Secara umum penelitian ini diharapkan dapat dijadikan masukan untuk memecahkan masalah yang berkaitan dengan kepuasan peserta JPKM. Sedangkan secara khusus diharapkan memberi manfaat pada :

1. Bapel JPKM

Hasil penelitian ini dapat dijadikan sebagai masukan , faktor-faktor apa yang menyebabkan ketidakpuasan peserta JPKM, sehingga diketahui strategi untuk mencari solusinya.

2. Bagi Dinas Kesehatan

Dinas Kesehatan merupakan instansi teknis yang bertanggungjawab dalam hal pembinaan, pengembangan, dan pendorongan (binbangdong) JPKM, sehingga hasil penelitian ini diharapkan dapat menjadi masukan yang berarti sesuai dengan tanggungjawabnya itu.

3. Bagi kajian penelitian di bidang JPKM

JPKM adalah salah satu strategi dalam pencapaian Indonesia Sehat 2010, sehingga hasil penelitian ini dapat menambah wawasan dan kajian dalam memasarkan program JPKM di masa mendatang.

4. Bagi penulis

Terutama berkaitan dengan studi penulis yang mengambil konsentrasi promosi kesehatan, diharapkan penelitian ini menjadi pengalaman dalam bidang promosi kesehatan yang berkaitan dengan kepuasan peserta JPKM.

E. Keaslian Penelitian

Penelitian tentang JPKM pernah dilakukan oleh peneliti lain, diantaranya adalah :

1. Harbandinah, (tahun ?), mengadakan penelitian tentang pengelolaan dan penggunaan JPKM di Jawa Tengah (studi kasus di 4 Kabupaten : Pekalongan, Cilacap, Wonogiri, dan Banyumas).
2. Nugraha (1999), meneliti tentang kegagalan pelaksanaan program JPKM-KUD (studi kasus tentang faktor-faktor penyebab drop out peserta JPKM-KUD pada KUD Pleret, Bantul Yogyakarta).
3. Sudjarwo (1998), mengadakan penelitian JPKM melalui koperasi atau KUD. Penelitian ini mempelajari faktor-faktor yang mempengaruhi penggunaan kartu pelayanan kesehatan oleh peserta JPKM-KUD Sarimulyo di Puskesmas Nagulan Yogyakarta.

4. Roekmito (1998), meneliti tentang evaluasi mutu pelayanan kesehatan PPK-I (Puskesmas) menurut persepsi peserta JPKM di Kabupaten Klaten. Penelitian serupa juga dilakukan oleh Putra (1999), yang meneliti tentang mutu pelayanan Puskesmas di Kabupaten Kendal menurut persepsi peserta JPKM dari PT. Askes.
5. Listiani (1999) meneliti tentang minat masyarakat menjadi peserta JPKM dan kesiapan Bapel JPKM serta PPK dalam pengembangan program JPKM di Kabupaten Kudus.
6. Djaling (1994), yang meneliti tentang analisis sikap peserta terhadap minat membayar iuran JPKM di Kecamatan Gondomanan Kotamadya Yogyakarta.
7. Djuwani (2001), meneliti tentang analisis minat masyarakat untuk menjadi peserta JPKM di Kabupaten Tegal.

Dari ketujuh penelitian di atas, maka penelitian yang telah dilakukan oleh peneliti terdahulu adalah mengenai aspek pengelolaan dan penggunaan JPKM (Harbandinah,), aspek kegagalan JPKM-KUD (Nugraha, 1999), aspek mutu (Roekmito, 1998), aspek minat (Listiani, 1999 , Djaling 1994, dan Djuwani, 2001).

Penelitian yang akan penulis lakukan berfokus pada karakteristik dan pengaruhnya terhadap tingkat kepuasan peserta JPKM, sehingga berbeda dengan penelitian-penelitian terdahulu yang telah dilakukan oleh peneliti lain di atas.

F. Ruang Lingkup Penelitian

Ruang lingkup dalam penelitian ini adalah :

1. Lingkup Keilmuan

Penelitian ini termasuk kajian dalam ilmu kesehatan masyarakat dalam bidang promosi kesehatan dengan menitikberatkan pada aspek kepuasan peserta JPKM dan perilaku kesehatan.

2. Lingkup Materi

Materi penelitian dibatasi pada aspek kepuasan peserta JPKM dan tingkat kepuasannya.

3. Lingkup Masalah

Pada penelitian ini masalah dibatasi yaitu faktor karakteristik peserta JPKM yang berpengaruh terhadap tingkat kepuasan.

4. Lingkup Sasaran

Sebagai sasaran atau obyek dalam penelitian ini adalah PT. Hatimas Setia Semarang dan subyeknya adalah peserta JPKM pada Bapel tersebut.

5. Lingkup lokasi

Penelitian ini dilakukan di Kota Semarang, dengan alasan :

- a. Bapel PT. Hatimas Setia Semarang tersebut belum pernah dilakukan penelitian dari aspek apapun.
- b. Jumlah kepesertaan JPKM selalu mengalami kenaikan setiap tahun.
- c. Merupakan salah satu dari dua Kabupaten/Kota yang mempunyai Bapel mandiri di Jawa Tengah.

- d. Berdasarkan pantauan Dinas Kesehatan Propinsi Jawa Tengah, Kota Semarang berpotensi untuk dikembangkan kepesertaan JPKM.
- e. Semua komponen yang ada siap untuk mensukseskan program JPKM.

6. Lingkup waktu

Penelitian ini dilaksanakan pada bulan Januari sampai dengan Pebruari 2003.

BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

Dalam tinjauan pustaka ini diberikan beberapa hal yang berkaitan dengan penelitian, yaitu mengenai Jaminan Pemeliharaan Kesehatan Masyarakat, Perilaku Masyarakat dalam Pelayanan Kesehatan, Standard Pelayanan Kesehatan di PPK-I, Kepuasan Peserta JPKM dalam Pelayanan Kesehatan, dan Karakteristik Peserta JPKM.

A. Pengertian Jaminan Pemeliharaan Kesehatan Masyarakat (JPKM)

Dalam Undang-Undang Nomor 23 tahun 1992 tentang Kesehatan Bab I pasal 15 disebutkan bahwa “Jaminan Pemeliharaan Kesehatan Masyarakat adalah suatu cara penyelenggaraan pemeliharaan kesehatan yang paripurna berdasarkan asa usaha bersama dan kekeluargaan, yang berkesinambungan dan dengan mutu yang terjamin serta pembiayaan yang dilaksanakan secara pra upaya”. (UU. No. 23, 1992)

Sedangkan pada Bab V pasal 66 ayat (1) dinyatakan bahwa Pemerintah mengembangkan, membina, dan mendorong jaminan pemeliharaan kesehatan masyarakat sebagai cara yang dijadikan landasan setiap penyelenggaraan pemeliharaan kesehatan, yang pembiayaannya dilaksanakan secara pra-upaya berazaskan usaha bersama dan kekeluargaan”. (UU. No. 23, 1992).

Beberapa kata kunci dalam pengertian tersebut di atas yang perlu diperhatikan agar mendapatkan pemahaman yang lebih mendalam tentang pengertian JPKM, ialah : (Dep Kes RI, 1999)

1. Jaminan

Artinya adalah bahwa setiap penyelenggaraan kesehatan yang berdasarkan JPKM harus mampu menjamin :

- a. terselenggaranya pemeliharaan kesehatan paripurna dan berkesinambungan,
- b. terjaganya mutu pemeliharaan kesehatan sesuai standar yang disepakati,
- c. efisiensi dan kelancaran memperoleh pelayanan kesehatan bagi pesertanya,
- d. efektivitas dari upaya pemeliharaan kesehatan bagi peningkatan derajat kesehatan masyarakat pesertanya.

2. Cara Penyelenggaraan

JPKM merupakan suatu cara penyelenggaraan upaya pemeliharaan kesehatan yang terpadu dengan pembiayaannya. Cara ini mempunyai beberapa mekanisme tertentu, yang menjadi ciri khas dari JPKM yang disebut sebagai “jurus-jurus JPKM”.

Jurus-jurus ini harus dilaksanakan secara utuh agar penyelenggaraan upaya pemeliharaan kesehatan masyarakat pesertanya

melalui terpeliharanya pemerataan, terjaganya mutu serta terkendalinya pembiayaan kesehatan, sehingga menguntungkan dan memuaskan semua pihak yang terlibat dalam penyelenggaraan JPKM.

3. Azas Usaha Bersama dan Kekeluargaan

“Berdasarkan azas usaha bersama dan kekeluargaan” yang tercantum dalam pengertian JPKM menunjukkan bahwa JPKM merupakan usaha bersama, yang menghendaki peran aktif badan penyelenggara, peserta dan pemberi pelayanan kesehatan untuk bersama-sama secara kekeluargaan mengendalikan mutu dan biaya pemeliharaan kesehatan. Dengan demikian dapat dijaga kesinambungan dan keserasian dalam membela kepentingan masing-masing.

4. Pemeliharaan Kesehatan yang Paripurna

Artinya ialah bahwa pemeliharaan kesehatan itu dilaksanakan secara menyeluruh meliputi kegiatan promotif, preventif, kuratif, dan rehabilitatif, terpadu dan berkesinambungan. Upaya Kesehatan dalam JPKM tidak dapat dilaksanakan secara parsial, karena hal tersebut cenderung menimbulkan *inefisiensi* dalam pelaksanaannya.

5. Pembiayaan Secara Pra-Upaya

Pemberi Pelayanan Kesehatan (PPK) dibayar di muka atau pra upaya (*pre-paid*) oleh badan penyelenggara untuk memelihara kesehatan

sejumlah peserta JPKM berdasarkan paket pemeliharaan kesehatan yang telah disepakati bersama. Pra upaya juga berarti bahwa peserta JPKM membayar di muka sejumlah iuran secara teratur kepada badan penyelenggara agar kebutuhan pemeliharaan kesehatannya terjamin.

B. Tujuan Jaminan Pemeliharaan Kesehatan Masyarakat

Menurut Departemen Kesehatan RI, tujuan JPKM adalah mewujudkan derajat kesehatan masyarakat yang optimal melalui pemeliharaan kesehatan paripurna yang bermutu dan merata dengan pengendalian biaya yang berasal dari pesertanya. Karena fungsi pemeliharaan kesehatan dan fungsi pembiayaan kesehatan saling mempengaruhi, maka efisiensi dan efektivitas yang optimal hanya dapat diperoleh dengan suatu keterpaduan dalam melaksanakan kedua fungsi tersebut.

C. Pelaku Utama dalam JPKM

Dalam upaya pemeliharaan kesehatan yang berdasarkan JPKM dapat digambarkan sebagai suatu tatanan dengan empat pelaku. Pelaku-pelaku tersebut adalah :

1. Peserta

Peserta JPKM adalah masyarakat tertentu (*“defined”*) yang berminat meningkatkan derajat kesehatannya dan mengorganisasikan diri dengan membayar sejumlah iuran tertentu secara teratur sebagai dana pra upaya untuk membiayai pemeliharaan kesehatannya.

2. Pemberi Pelayanan Kesehatan (PPK)

Merupakan suatu jaringan pelayanan kesehatan yang terorganisir, dan dapat memberikan pemeliharaan kesehatan secara efektif dan efisien berupa paket pemeliharaan kesehatan paripurna.

3. Badan Penyelenggara

Badan Penyelenggara biasa disingkat dengan Bapel, bertanggungjawab atas penyelenggaraan upaya pemeliharaan kesehatan berdasarkan JPKM. Penyelenggaraan yang dimaksud meliputi kegiatan perencanaan, pelaksanaan, pemantauan, dan penilaian.

4. Badan Pembina (Bapim)

Badan pembina dibentuk oleh pemerintah daerah untuk membina badan penyelenggara JPKM di daerah/wilayahnya agar menerapkan jurus-jurus JPKM dan agar bersaing secara sehat dengan Bapel lain.

D. Jurusan-Jurusan dalam JPKM

JPKM mempunyai jurusan yang dapat menjamin pemeliharaan kesehatan paripurna dengan mutu yang terjaga dan biaya yang terkendali, sekaligus dapat menjamin terjadinya pemerataan pemeliharaan kesehatan. Jurusan-jurusan itu perlu diterapkan oleh semua Badan Penyelenggara JPKM secara menyeluruh dan terpadu, tidak secara terpisah-pisah. Jurusan-jurusan tersebut adalah sebagai berikut :

- a. Adanya ikatan kerja (kontrak) antara Bapel dengan PPK dan antara Bapel dengan para peserta.

- b. Adanya jurus pengendalian mutu yang dilakukan oleh Bapel agar dapat terjamin bahwa pelayanan kesehatan yang diberikan benar-benar diperlukan dan bermutu sesuai standar yang telah disepakati.
- c. Adanya pemantauan pemanfaatan pelayanan kesehatan untuk menyesuaikannya dengan kebutuhan medis peserta dan mengendalikan penggunaan pelayanan yang berlebihan dan pemborosan yang tidak perlu.
- d. Adanya penanganan keluhan peserta maupun PPK. Ketidakpuasan dan keluhan para peserta ataupun PPK harus dapat disalurkan melalui suatu mekanisme “penanganan keluhan” , hingga dapat menjamin stabilitas dalam menjalankan kegiatan JPKM.
- e. Pembayaran PPK oleh Bapel dilakukan dengan pembayaran pra-upaya (*pre-paid*), dalam hal ini dengan kapitasi atau sistim anggaran
- f. Mekanisme Bagi Hasil (*Risk Profit Sharing*). Pembayaran kapitasi biasanya disertai dengan kesepakatan bagi hasil untuk menanggung resiko (kerugian) dan keuntungan secara bersama.
- g. Adanya mekanisme Pemeliharaan Kesehatan Paripurna yang berbentuk suatu “Paket Pemeliharaan Kesehatan Dasar” yang disusun sesuai dengan kebutuhan medis.

E. Perbandingan/Perbedaan Antara JPKM dengan Pola Pembiayaan Kesehatan Lainnya

Menurut Departemen Kesehatan RI (1996) perbedaan antara JPKM dengan Pola Pembiayaan Kesehatan lainnya yaitu yang berdasarkan sistem ganti-rugi adalah sebagai berikut :

NO.	JKPM	ASURANSI (KESEHATAN) GANTI RUGI
1.	Dasar hukum : UU No. 23/1992	Dasar hukum : UU No. 2/1992
2.	JKPM adalah cara penyelenggaraan pemeliharaan kesehatan yang paripurna, berdasarkan azas usaha bersama dan kekeluargaan, yang berkesinambungan dan dengan mutu yang terjamin serta pembiayaan yang dilaksanakan secara pra-upaya.	Usaha asuransi (kesehatan) adalah jasa keuangan dengan menghimpun dana masyarakat melalui pengumpulan premi asuransi, memberikan perlindungan kepada para pemakai jasa asuransi terhadap kemungkinan timbulnya kerugian karena suatu peristiwa yang tidak pasti atau terhadap hidup atau meninggalnya seseorang.
3.	JKPM bertujuan meningkatkan derajat kesehatan masyarakat.	Asuransi kesehatan bertujuan melindungi pemakai jasa dari kerugian finansial.
4.	Interaksi antara para pelaku dalam JKPM bertumpu pada upaya bersama menuju peningkatan derajat kesehatan.	Hubungan antara para pelaku dalam asuransi berorientasi pada ganti-rugi yang dapat menimbulkan konflik.
5.	PPK dibayar di muka (kapitasi).	PPK dibayar sesudah pelayanan (<i>fee for service</i>).
6.	Manajemen risiko : proaktif	Bersifat reaktif.
7.	Ada <i>risk-profit sharing</i>	Tidak menganut <i>risk-profit sharing</i>
8.	Ada upaya pengendalian mutu yang terarah.	Tidak ada
9.	Paket pemeliharaan kesehatan paripurna, preventif promotif yang seimbang dengan kuratif-rehabilitatif.	Paket pemeliharaan sepotong-sepotong utamanya kuratif. Tidak dirancang secara paripurna.

F. Keunggulan JPKM

Apabila model JPKM dilaksanakan dengan sebenarnya, maka akan mempunyai beberapa keunggulan, sebagai berikut (Depkes RI, 1996) :

1. Penyelenggaraan JPKM dilaksanakan secara paripurna, yang meliputi upaya preventif, promotif, kuratif, maupun rehabilitatif.
2. Dalam penyelenggaraan JPKM menganut prinsip bagi hasil (*risk-profit sharing*) antara Bapel dengan PPK.
3. JPKM menerapkan prinsip kendali mutu dalam memberikan pelayanan kesehatan.
4. JPKM bertujuan untuk meningkatkan derajat kesehatan masyarakat.

G. Alasan Terpilihnya JPKM

Terpilihnya model JPKM disamping mempunyai keunggulan-keunggulan di atas yang tidak terdapat pada model asuransi kesehatan, juga dikarenakan :

1. JPKM diharapkan bisa menata sub sistem pembiayaan kesehatan di Indonesia, dimana berdasarkan penelitian *World Bank* dan Dep Kes RI tahun 1982, 1987, dan 1995, sekitar 75 % pembiayaan kesehatan oleh masyarakat berupa pengeluaran langsung atau *out of pocket*, sehingga cenderung terjadi pemborosan karena tidak tertata dengan baik.
2. JPKM diharapkan bisa menata sub sistem pelayanan kesehatan di Indonesia, yang selama ini terkotak-kotak (*fragmented health services*),

sehingga masyarakat tidak dapat mendapat pelayanan kesehatan yang menyeluruh (*comprehensive health services*).

H. Sejarah Perkembangan JPKM

1. Masa 1960-an *Out of Pocket* Menjadi Pra Upaya

Pengeluaran langsung untuk pemeliharaan kesehatan pegawai negeri dan penerima pensiun yang menjadi kewajiban dan tanggung jawab pemerintah mulai dirasakan membebani anggaran belanja negara. Oleh karena itu dikeluarkan Keppres No. 230 tahun 1968, yang melandasi pelaksanaan pemeliharaan kesehatan dengan pembiayaan pra-upaya di lingkungan pegawai negeri sipil, pensiunan, dan keluarganya. Sistem iurannya berupa pemotongan 2 % gaji/pensiun. Untuk mengelola ini dibentuk Badan Penyelenggara Dana Pemeliharaan Kesehatan (BPDPK), suatu badan yang berada dalam lingkungan Departemen Kesehatan dan bertanggungjawab kepada Menteri Kesehatan.

Selain itu, pemeliharaan kesehatan dengan pembiayaan pra-upaya juga berkembang di masyarakat, terutama di pedesaan dalam bentuk Dana Sehat. Dimulai di kelurahan Kretan, Surakarta Jawa Tengah. Dalam dana sehat itu, masyarakat berkelompok secara swadaya mengumpulkan iuran dari peserta untuk pemeliharaan kesehatan.

2. Masa 1970-an, Sistim Klaim/Tagihan Penyebab Pemborosan Biaya Kesehatan

Pemeliharaan kesehatan pegawai negeri sipil, pensiunan dan keluarganya masih dirasakan belum memuaskan, meskipun biaya sudah dikeluarkan dan cenderung meningkat. Untuk mengendalikan biaya, kebijakan klaim kolektif dari Pemberi Pelayanan Kesehatan (PPK) diberlakukan, sedangkan klaim perorangan dibatasi.

Sementara itu penyelenggaraan dana sehat sebagai bagian dari Pembangunan Kesehatan Masyarakat Desa (PKMD) terus diupayakan. Kehidupan masyarakat desa yang penuh rasa kekeluargaan, gotong royong dan usaha bersama serta kesadaran akan pentingnya perlindungan kesehatan, telah mendorong berkembangnya dana sehat hampir di semua desa PKMD (terutama di pulau Jawa).

Pada umumnya jumlah peserta daniuran dana sehat relatif kecil (setingkat RT/RW dengan iuran Rp. 50,- hingga Rp.100,-), sehingga manfaat pemeliharaan kesehatan yang dirasakan juga terbatas. Ditambah dengan sistim klaim yang juga digunakan dalam dana sehat, maka keberadaan dana sehat senantiasa mengalami pasang surut pada masa itu.

3. Masa 1980-an, Pembiayaan Pra-Upaya dengan Kapitasi (Pola Pikir DUKM)

Berbagai penelitian dan pengalaman, baik di dalam dan diluar negeri menunjukkan bahwa pemeliharaan kesehatan dengan pembiayaan

pra upaya yang menggunakan sistim klaim atau tagihan cenderung meningkatkan biaya kesehatan. Sistim klaim yang umumnya dipakai dalam asuransi kesehatan bersifat penggantian biaya pelayanan kesehatan atau ganti rugi. Asuransi kesehatan ganti rugi kurang memperhatikan aspek pemeliharaan kesehatan peserta. Perhatian lebih kepada resiko keuangan saja. Karena itu, dipikirkan perlunya keterpaduan pemeliharaan kesehatan dengan pembiayaan pra-upaya, yang selanjutnya berkembang menjadi konsep DUKM (Dana Upaya Kesehatan Masyarakat).

Konsep DUKM memperkenalkan cara pembayaran kapitasi kepada Pemberi Pelayanan Kesehatan . Kapitasi adalah pembayaran kepada PPK yang diberikan di muka, dan dihitung per kepala/jiwa yang terdaftar di PPK bersangkutan. Pembayaran kapitasi berorientasi kepada upaya promotif dan preventif dan mendorong para peserta untuk berperilaku sehat. Kebijakan yang mendorong pengembangan DUKM tertuang dalam Surat Keputusan Menteri Kesehatan Nomor 473/1983 tentang Tim pengembangan Sistem Pengelolaan DUKM.

Pada tahun 1980-an itu, dana sehat semakin dimantapkan pengelolaannya menjadi setingkat kecamatan. Sementara itu BPDPK diubah statusnya menjadi Perum Husada Bhakti (PHB) berdasarkan Peraturan pemerintah Nomor 23/1984. Pemeliharaan Kesehatan Tenaga Kerja (PKTK) dikelola oleh PT. Astek-Depnaker bekerjasama dengan Departemen Kesehatan dan diatur dalam SKB Menaker dan Menkes. Pembayaran kapitasi mulai dirintis untuk diterapkan.

4. Masa 1990-an, JPKM untuk Pemerataan, Peningkatan Mutu dan Kendali Biaya

Keterpaduan pembiayaan kesehatan dengan pelayanannya harus terjalin dalam hubungan antara badan penyelenggara (Bapel) dengan PPK dan pesertanya, yang perlu diikuti dengan pengelolaan upaya lainnya (*managed care*), agar terjamin pemeliharaan kesehatan yang diharapkan. Oleh karena itu konsep DUKM lebih dioperasionalkan sebagai Jaminan Pemeliharaan Kesehatan Masyarakat (JPKM), sebagaimana tercantum dalam UU. No. 23/1992 tentang Kesehatan.

Pada masa 1990-an itu dana sehat semakin marak berkembang. Ada yang dikelola setingkat Kabupaten, bahkan setingkat provinsi (NTT). Sedangkan Perum Husada Bhakti semakin mandiri menjadi perusahaan swasta berbentuk Perseroan Terbatas sebagai PT. Askes Indonesia. Sementara itu Pemeliharaan Kesehatan Tenaga Kerja lebih dimantapkan dengan keluarnya UU No. 23/1992 tentang Jaminan Sosial Tenaga Kerja (Jamsostek).

Menurut Thabrany (2001) perkembangan JPKM tidak lepas dari peran pemerintah Amerika Serikat melalui program bantuan pembangunannya (*The United States Agency for International Development* atau *USAID*). Pada tahun 1988 USAID membiayai proyek Analisis Kebijakan Ekonomi Kesehatan (AKEK) di Departemen Kesehatan selama lima tahun. Dalam proyek inilah antara lain berkembang

pemikiran-pemikiran pembiayaan kesehatan yang semula dikenal dengan konsep DUKM yang secara operasional dijabarkan dalam bentuk JPKM. Karena seperti biasanya proyek-proyek USAID selalu membawa konsultan dari Amerika yang secara tidak langsung mempengaruhi pemikiran yang pada waktu itu sangat populer di Amerika. Selama pertengahan tahun 1970-an dan pertengahan 1980-an memang banyak sekali publikasi-publikasi yang mengemukakan keberhasilan model *Health Maintenance Organization (HMO)* di Amerika Serikat dalam mengendalikan biaya kesehatan. Sebenarnya keberhasilan HMO di Amerika dalam pengendalian biaya kesehatan relatif dibandingkan dengan model asuransi kesehatan tradisional. Artinya keberhasilan HMO di Amerika Serikat hanya dibandingkan dengan model asuransi lain yang di negara itu, tidak dibandingkan dengan model asuransi yang ada di negara-negara maju lainnya yang mempunyai kemampuan pengendalian biaya jauh lebih kuat dari HMO (Thabrany, 2001).

I. Landasan Hukum Penyelenggaraan JPKM

Dalam penyelenggaraan JPKM mempunyai beberapa landasan hukum sebagai acuan dalam pelaksanaannya, yaitu : (Dep Kes RI, 1997)

1. Undang Undang Republik Indonesia Nomor 23 Tahun 1992 tentang Kesehatan.
2. Peraturan Menteri Kesehatan RI Nomor 571/MENKES/PER/VII/1993 tentang Penyelenggaraan Jaminan Pemeliharaan Kesehatan.

3. Peraturan Menteri Kesehatan RI Nomor 527/MENKES/PER/VII/1993 tentang Paket Pemeliharaan Kesehatan Dalam Penyelenggaraan Program JPKM
4. Keputusan Menteri Kesehatan RI Nomor 595/MENKES/SK/II/1994 tentang Standar Pelayanan Medis.
5. Keputusan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 149/MENKES/SK/II/1994 tentang Dewan Pembina Program Jaga Mutu Pelayanan Kesehatan
6. Keputusan Menteri Kesehatan RI Nomor 150/MENKES/SK/II/1994 tentang Pembentukan Pokjatap Pembinaan Dokter Keluarga dalam Penyelenggaraan Program Pemeliharaan Kesehatan Masyarakat (JPKM).
7. Keputusan Menteri Kesehatan RI Nomor 56/MENKES/SK/IV/1995 tentang Pengembangan Dokter Keluarga Dalam Penyelenggaraan Program Jaminan Pemeliharaan Kesehatan Masyarakat
8. Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor : 568/MENKES/PER/VI/1996 tentang Perubahan Atas Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 571/MENKES/PER/VII/1993 tentang Penyelenggaraan Program Jaminan Pemeliharaan Kesehatan Masyarakat.
9. Keputusan Menteri Kesehatan RI Nomor HK.00.06.1.8.844 tertanggal 24 Mei 2000 tentang TIM Penilai Perizinan Operasional Penyelenggara Jaminan pemeliharaan Kesehatan Masyarakat

10. Keputusan Menteri Kesehatan RI Nomor 130/MENKES/SK/I/2000 tertanggal 26 Januari 2000 tentang Organisasi dan Tata Kerja Departemen Kesehatan.
11. Surat Edaran Dirjen Binkesmas Depkes RI Nomor 862/BM/DJ/BPSM/VII/94 tertanggal 1 Agustus 1994 tentang Pembayaran PPK dengan Sistem Kapitasi
12. Surat Edaran Dirjen Binkesmas Nomor 686/BM/DJ/BPSM/VI/1996 tanggal 4 Juni 1996 tentang Perizinan Badan Penyelenggara JPKM.
13. Surat Edaran Dirjen Binkesmas Nomor 1180/BM/03.01/XI/96 tanggal 18 Nopember 1996, tentang Perizinan Badan Penyelenggara JPKM.

J. Kedudukan atau Status JPKM

Menurut Thabrany (2001) ciri-ciri utilisasi, pembayaran kapitasi pengendalian mutu dan penanganan keluhan peserta dan jurus-jurus lain di JPKM bukan merupakan eksklusi (?) asuransi. Program tersebut merupakan bentuk usaha pengendalian biaya dan pengamanan akibat sistem pembayaran kapitasi.

Dasar kerja JPKM juga merupakan mekanisme asuransi, yaitu manajemen risiko dalam bentuk transfer dan sharing risiko, maka tidak bisa dikatakan bahwa JPKM sama sekali bukan asuransi kesehatan.

Berdasarkan buku pedoman studi kelayakan JPKM yang diterbitkan Depkes (1995) tampak bahwa salah satu indeksinya adalah insurance health. Ini berarti bahwa Depkes sebenarnya sudah secara resmi memasukkan JPKM

sebagai salah satu komponen dari asuransi kesehatan. Masalahnya adalah apabila JPKM termasuk asuransi, maka JPKM tunduk pada UU No. 2 tahun 1992 tentang Asuransi, ataukah tunduk pada aturan hukum UU No. 23 tahun 1992 tentang Kesehatan.

Bagaimana pula dengan Jaminan Pemeliharaan Kesehatan (JPK) Jamsostek yang tunduk pada UU Nomor 3 tahun 1993 tentang Jamsostek ? Menurut Thabrany (2001) yang penting bukan tunduk aturan mana, tetapi yang lebih penting adalah aspek substansinya yaitu perlindungan terhadap kesehatan masyarakat secara keseluruhan di Indonesia. .

K. Tantangan dan Implikasi ke Depan dalam JPKM

Menurut Kusen (1997), dari sudut teori "*demand*" terhadap asuransi kesehatan, faktor yang menentukan apakah seseorang atau kelompok orang membeli produk asuransi kesehatan adalah :

1. Persepsi ada tidaknya risiko dan *magnitude* atau besarnya risiko.
2. Kemampuan dan kemauan membayar premi asuransi atau JPKM, hal ini tergantung pada pendapatan dan utilitas seseorang terhadap dana uang atau kekayaan yang dimilikinya.
3. Penawaran dari pihak asuransi dan JPKM disertai janji pelayanan yang sesuai dengan kebutuhan masyarakat.

Selanjutnya Sulastomo (1997) menyatakan bahwa ada tiga hal pokok yang perlu dipertimbangkan sebelum program asuransi kesehatan , yaitu :

1. Kapan saat paling tepat program JPKM dimulai, ternyata JPKM tumbuh sejalan dengan tingkat kemajuan ekonomi, semakin tinggi tingkat pertumbuhan ekonomi, maka akan semakin luas cakupan program JPKK makin tinggi.
2. Lahirnya JPKM akan mendorong meningkatnya biaya pelayanan kesehatan dan mendorong meningkatnya biaya pelayanan kesehatan dan utilisasi sarana kesehatan yang tidak rasional akibat *moral hazard*.
3. Mutu pelayanan kesehatan sering terjadi peningkatan biaya pelayanan kesehatan yang semakin baik.

Ketiga hal tersebut memerlukan pengawasan yang ketat dari pemerintah sebelum JPKM diluncurkan menjadi program kesehatan sosial secara nasional.

Menurut Murti (1998) jika asuransi kesehatan dengan menggunakan pilihan penggalangan dana JPKM, maka beberapa implikasi yang perlu diantisipasi dan diatasi antara lain adalah hambatan *moral hazard*, yaitu penggunaan pelayanan medik yang berlebihan akibat berkurangnya biaya marginal pelayanan dan bergesernya risiko perorangan ke risiko kelompok. Pembiayaan dengan asuransi sesungguhnya berimplikasi pada meningkatnya biaya sosial, namun manfaat utama adalah adanya perlindungan.

L. Visi dan Misi Pembangunan JPKM

Rencana pengembangan JPKM dinyatakan dalam penetapan visi dan misinya. Berkaitan dengan visi dan misi pembangunan kesehatan, ditetapkan

bahwa JPKM sebagai salah satu pilar strategi menuju Indonesia Sehat 2010. Visi pengembangan JPKM adalah kepesertaan semesta 2010, dimana 80 % penduduk sudah terlindungi kesehatannya dengan JPKM pada tahun 2010 (Depkes, 2000).

Untuk mewujudkan visi tersebut ditetapkan misi pengembangan JPKM sebagai berikut :

- a. Memantapkan institusi pembinaan JPKM di tingkat pusat, propinsi, dan kabupaten/kota
- b. Mendorong profesionalisme badan penyelenggara JPKM
- c. Mendorong pembentukan jaringan pelayanan kesehatan yang sadar biaya dan sadar mutu
- d. Meningkatkan kepesertaan dalam JPKM
- e. Menghimpun dukungan asosiasi profesi dan pihak terkait terhadap penyelenggaraan JPKM (Depkes, 2000).

M. Standard Pelayanan Kesehatan di PPK-I

Menurut Departemen Kesehatan RI (2000), penyelenggaraan pelayanan kesehatan di PPK-I adalah sebagai berikut :

1. Pemeriksaan dan pengobatan dokter umum
2. Pemeriksaan dan pengobatan dokter gigi
3. Pelayanan keluarga berencana
4. Pelayanan kesehatan ibu dan anak termasuk persalinan
5. Pelayanan imunisasi dasar

6. Bimbingan dan konsultasi
7. Pemeriksaan laboratorium sederhana
8. Tindakan medis sederhana
9. Rujukan ke PPK-II

N. Perilaku Masyarakat dalam Pelayanan Kesehatan

1. Konsep Perilaku Kesehatan

Green & Kreuter (1980) , mengemukakan bahwa ada beberapa faktor yang mempengaruhi perilaku kesehatan seseorang, yaitu :

- a. Faktor predisposisi (*predisposing factors*), yang meliputi pengetahuan, sikap, kepercayaan, keyakinan, nilai-nilai yang terdapat dalam diri individu/masyarakat.
- b. Faktor pendukung (*enabling factors*), yaitu ketersediaan fasilitas kesehatan dan kemudahan untuk mencapainya.
- c. Faktor pendorong (*reinforcing factors*), adalah sikap dan perilaku petugas kesehatan atau orang-orang yang berpengaruh.

Sedangkan Skinner mengemukakan bahwa perilaku merupakan hasil hubungan antara perangsang (*stimulans*) dan respon yang secara berangsur-angsur membentuk seluruh perilaku. Perilaku kesehatan pada dasarnya adalah respon seseorang (organisme) terhadap stimulus yang berkaitan dengan sakit dan penyakit , sistem pelayanan kesehatan, makanan, serta lingkungan (Notoatmodjo, 1993).

2. Karakteristik-karakteristik yang Mempengaruhi Perilaku Penggunaan Pelayanan Kesehatan

Anderson membedakan kedalam tiga karakteristik yang mempengaruhi tingkah laku penggunaan pelayanan kesehatan.

a. Karakteristik Predisposing (*Predisposing Characteristics*)

Tiap individu mempunyai kecenderungan menggunakan pelayanan kesehatan yang berbeda yang dipengaruhi oleh :

- Ciri demografi : seks, umur
- Struktur sosial : ras, tingkat pendidikan, pekerjaan, dan sebagainya.
- Manfaat-manfaat kesehatan seperti keyakinan dan kepercayaan bahwa pelayanan kesehatan akan menyembuhkan atau memecahkan masalah kesehatan dengan tepat dan cepat.

b. Karakteristik pendukung (*Enabling characteristics*)

Kemampuan secara ekonomis, penggunaan pelayanan kesehatan yang ada, tergantung kepada kemampuan konsumen untuk membayar.

c. Karakteristik kebutuhan (*Need characteristics*)

Faktor predisposisi dan faktor pendukung untuk mencari pelayanan kesehatan dapat dilaksanakan dalam tindakan apabila hal tersebut dirasakan sebagai suatu kebutuhan.

O. Pengertian Kepuasan

1. Tingkat Kepuasan Manusia

Menurut Maslow (1970), manusia sebagai makhluk yang tidak pernah merasa puas. Bagi manusia kepuasan itu bersifat sementara. Jika suatu kebutuhan telah terpuaskan, maka kebutuhan-kebutuhan yang lainnya akan muncul menuntut pemuasan, begitu seterusnya. Itulah yang dimaksud kepuasan sementara menurut Maslow.

Berdasarkan ciri yang demikian, Maslow mengajukan gagasan bahwa kebutuhan yang ada pada manusia adalah merupakan bawaan dan tersusun bertingkat, sebagaimana dirinci menjadi lima tingkatan kebutuhan, sebagai berikut :

- a. Kebutuhan-kebutuhan dasar fisiologis atau *physiological need*.
- b. Kebutuhan akan rasa aman atau *need for self security*.
- c. Kebutuhan akan cinta dan memiliki atau *need for love and belongingness*.
- d. Kebutuhan akan rasa harga diri atau *need for self esteem*.
- e. Kebutuhan akan aktualisasi diri atau *need for self actualization*.

Lebih lanjut Maslow mengatakan bahwa kebutuhan yang ada di tingkat dasar, pemuasannya lebih mendesak dari pada kebutuhan yang ada di atasnya. Sebagai contoh kebutuhan akan makan atau fisiologis lebih mendesak untuk dipuaskan dari pada kebutuhan akan rasa aman,

kebutuhan rasa aman ini lebih mendesak dari pada kebutuhan akan cinta dan seterusnya.

Maslow mengingatkan bahwa dalam pemuasan kebutuhan itu tidak selalu kebutuhan yang ada di bawah lebih penting atau didahulukan dari pada kebutuhan yang ada di atasnya. Sebagai contoh orang yang berpegang teguh pada nilai-nilai atau ajaran-ajaran yang diyakininya sering lebih suka menderita kelaparan atau bahkan memilih kematian dari pada melepaskankeyakinannya itu.

Dalam suatu pengujian empiris atas konsep kebutuhan bertingkat dari Maslow, Graham dan Baloun (1973) mengajukan dua hipotesis, pertama menyatakan bahwa taraf kepuasan suatu kebutuhan memiliki korelasi yang negatif dengan keinginan untuk memuaskan kebutuhan tersebut.

Hipotesa yang kedua adalah pada dua kebutuhan yang berbeda tingkatannya, dorongan pemuasan kebutuhan yang lebih rendah akan lebih besar daripada dorongan pemuasan yang lebih tinggi.

Kedua hipotesa tersebut diuji melalui pengambilan dan pengolahan data yang melibatkan subyek penelitian sebanyak 37 orang. Hasilnya adalah kedua hipotesa yang diajukan diterima dan dengan demikian dua aspek yang terdapat pada konsep kebutuhan bertingkat Maslow terdukung secara empiris.

Dua aspek yang dimaksud adalah :

- a. Apabila kebutuhan telah terpuaskan, individu pada saat tersebut tidak akan berusaha untuk meneruskan pemuasannya melainkan akan berusaha memuaskan kebutuhan yang lain yang lebih tinggi.
- b. Kebutuhan yang tingkatannya lebih rendah pemuasannya lebih mendesak dan akan didahulukan oleh individu dari pada kebutuhan yang lebih tinggi (individu akan mendahulukan makan dari pada baju).

2. Kepuasan Peserta JPKM

Banyak definisi atau batasan tentang kepuasan pelanggan (yang dalam hal ini adalah peserta JPKM). Menurut Day (1988), kepuasan pelanggan adalah respons pelanggan terhadap evaluasi ketidaksesuaian yang dirasakan antara harapan sebelumnya dan kinerja aktual produk yang dirasakan setelah pemakaiannya. Sedangkan ahli lain menyebutkan bahwa kepuasan pelanggan adalah persepsi pelanggan bahwa harapannya terpenuhi atau terlampaui (Gerson, 2001).

Menurut Steers dan Porter, kepuasan merupakan suatu keadaan yang sangat subyektif yang terletak di dalam diri individu, yang idealnya diungkapkan sendiri oleh individu yang bersangkutan.

Sedangkan menurut Junadi (1991), kepuasan pasien adalah merupakan nilai subyektif terhadap kualitas pelayanan yang diberikan. Walaupun subyektif tetapi ada dasar obyektif, penilaian itu dilandasi oleh pengalaman masa lalu, pendidikan, situasi psikis waktu itu, dan pengaruh lingkungan waktu itu. Dengan demikian terlihat bahwa kepuasan tidak

hanya didasarkan pada unsur subyektifitas saja tetapi didasari oleh kebenaran dan kenyataan obyektif yang ada.

Selanjutnya menurut Kotler (1977) memberikan pengertian bahwa kepuasan adalah perasaan senang yang berasal dari perbandingan antara kesannya terhadap kinerja (hasil akhir) produk/jasa dalam hubungannya dengan harapan-harapannya.

Kepuasan berdasarkan definisi di atas berarti fungsi dari hubungan kesan kinerja dengan harapan. Apabila kinerja di bawah harapan maka peserta JPKM tidak puas dan sebaliknya, jika harapan dapat terpenuhi melalui kinerja penyelenggaraan maka peserta JPKM akan puas.

Menurut Oliver (1980, dinyatakan bahwa pelanggan akan membandingkan pelayanan kesehatan yang diterima dengan harapan terhadap pelayanan yang diberikan sehingga membentuk kepuasan mutu pelayanan. Hasil ini dapat dicapai :

- a. Jika harapan itu terlampaui, pelayanan tersebut dirasakan sebagai kualitas yang luar biasa dan juga menjadi kejutan yang menyenangkan.
- b. Jika harapan sama dengan pelayanan yang dirasakan, maka kualitas memuaskan.
- c. Jika harapan tidak terpenuhi maka kualitas tersebut dianggap tidak dapat diterima atau mengecewakan konsumen.

Selanjutnya menurut Azwar (1996) , dimensi kepuasan pasien/pelanggan sangat bervariasi , yang secara umum dapat dibedakan atas dua macam :

1. Kepuasan yang mengacu hanya pada penerapan standar dan kode etik profesi

Di sini ukuran kepuasan pemakai jasa pelayanan kesehatan terbatas hanya pada kesesuaian dengan standar serta kode etik profesi saja. Suatu pelayanan kesehatan disebut sebagai pelayanan kesehatan yang bermutu apabila penerapan standar dan kode etik profesi dapat memuaskan pasien/pelanggan.

Dengan demikian, maka ukuran-ukuran pelayanan kesehatan yang bermutu hanya mengacu pada penerapan standar serta kode etik profesi yang baik saja. Ukuran-ukuran yang dimaksud pada dasarnya mencakup penilaian terhadap kepuasan pasien mengenai :

a. Hubungan dokter-pasien (*doctor-patient relationship*)

Terbinanya hubungan dokter-pasien/pelanggan yang baik, adalah salah satu dari kewajiban etik. Untuk dapat terselenggaranya pelayanan kesehatan yang bermutu, hubungan dokter-pasien/pelanggan yang baik ini harus dapat dipertahankan. Adalah sangat diharapkan setiap dokter dapat bersedia memberikan perhatian yang cukup kepada pasien atau pelanggannya secara pribadi, menampung dan mendengarkan semua keluhan, serta

menjawab dan memberikan keterangan yang sejelas-jelasnya tentang segala hal yang ingin diketahui pasien/pelanggan.

b. Kenyamanan Pelayanan (*Emenities*)

Mengupayakan terselenggaranya pelayanan yang nyaman adalah salah satu dari kewajiban etik. Untuk itu suasana pelayanan yang nyaman tersebut harus dapat dipertahankan. Kenyamanan yang dimaksudkan disini tidak hanya yang menyangkut fasilitas yang disediakan, tetapi yang terpenting lagi yang menyangkut sikap serta tindakan para pelaksana ketika menyelenggarakan pelayanan kesehatan.

c. Kebebasan Melakukan Pilihan (*Choice*)

Memberikan kebebasan kepada pasien/pelanggan untuk memilih serta menentukan pelayanan kesehatan, adalah salah satu dari kewajiban etik. Suatu pelayanan kesehatan disebut bermutu apabila kebebasan memilih ini dapat diberikan dan karena itu harus dapat dilaksanakan oleh setiap penyelenggara pelayanan kesehatan.

d. Pengetahuan dan kompetensi teknis (*Scientific Knowledge and Technical Skill*)

Menyelenggarakan pelayanan kesehatan yang didukung oleh pengetahuan dan kompetensi teknis bukan saja merupakan bagian

dari kewajiban etik, tetapi juga merupakan prinsip pokok penerapan standar pelayanan profesi. Secara umum disebutkan makin tinggi tingkat pengetahuan dan kompetensi teknis tersebut, maka makin tinggi pula mutu pelayanan kesehatan

e. Efektivitas Pelayanan (*Effectivess*)

Sama halnya dengan pengetahuan dan kompetensi teknis, maka efektivitas pelayanan juga merupakan bagian dari kewajiban etik serta prinsip pokok penerapan standar pelayanan profesi. Secara umum disebutkan, makin efektif pelayanan kesehatan tersebut, makin tinggi pula mutu pelayanan kesehatan.

f. Keamanan Tindakan (*Safety*)

Keamanan tindakan adalah juga bagian dari kewajiban etik serta prinsip pokok penerapan standar pelayanan profesi. Pelayanan kesehatan yang membahayakan pasien atau pelanggan bukanlah pelayanan yang baik, dan karena itu tidak boleh dilakukan.

2. Kepuasan yang Mengacu pada penerapan Semua Persyaratan Pelayanan Kesehatan

Dalam hal ini, kepuasan pemakai jasa pelayanan kesehatan dikaitkan dengan penerapan semua persyaratan pelayanan kesehatan. Suatu pelayanan kesehatan disebut sebagai pelayanan kesehatan

yang bermutu apabila penerapan semua pelayanan kesehatan dapat memuaskan pasien.

Pada aspek ini, dapat dipahami bahwa ukuran-ukuran pelayanan kesehatan yang bermutu lebih bersifat luas, karena di dalamnya mencakup penilaian terhadap kepuasan pasien/pelanggan mengenai :

a. Ketersediaan Pelayanan Kesehatan (*Available*)

Untuk dapat menimbulkan kepuasan pasien/pelanggan terhadap pelayanan kesehatan, banyak syarat yang harus dipenuhi. Salah satu diantaranya yang dinilai mempunyai peranan yang cukup penting adalah ketersediaan pelayanan kesehatan tersebut.

b. Kewajaran Pelayanan Kesehatan (*Appropriate*)

Syarat lain yang harus dipenuhi untuk dapat menimbulkan kepuasan pasien/pelanggan terhadap pelayanan kesehatan adalah kewajaran pelayanan kesehatan. Sama halnya dengan ketersediaan, yang mengkaitkan aspek kepuasan dengan mutu pelayanan, maka suatu pelayanan kesehatan disebut bermutu apabila pelayanan kesehatan tersebut bersifat wajar, artinya dapat mengatasi masalah kesehatan yang dihadapi sesuai dengan ilmu kedokteran.

c. Kestinambungan Pelayanan Kesehatan (*Continue*)

Kepuasan pasien/pelanggan terhadap pelayanan kesehatan juga ditentukan oleh kestinambungan pelayanan kesehatan. Kestinambungan disini berarti bahwa tersedia setiap saat, baik menurut waktu dan ataupun kebutuhan pelayanan kesehatan.

d. Penerimaan Pelayanan Kesehatan (*Acceptable*)

Dapat diterima atau tidaknya pelayanan kesehatan sangat menentukan puas atau tidaknya pasien terhadap pelayanan kesehatan. Dengan demikian untuk dapat menjamin munculnya kepuasan yang terkait dengan mutu pelayanan, maka pelayanan kesehatan tersebut harus dapat diupayakan, sehingga dapat diterima oleh pemakai jasa pelayanan.

e. Ketercapaian Pelayanan Kesehatan (*Accestible*)

Pelayanan kesehatan yang lokasinya terlalu jauh dari daerah tempat tinggal tentu tidak mudah dicapai. Apabila keadaan ini sampai terjadi, tentu tidak akan memuaskan pasien. Dalam kaitan ini suatu pelayanan kesehatan harus dapat dicapai oleh pemakai jasa pelayanan kesehatan itu.

f. Keterjangkauan Pelayanan Kesehatan (*Affordable*)

Pelayanan kesehatan yang terlalu mahal tidak akan dapat dijangkau oleh semua pemakai jasa pelayanan kesehatan, dan karenanya tidak akan memuaskan pemakai jasa. Sebagai jalan keluarnya, disarankan perlunya mengupayakan pelayanan kesehatan yang biayanya sesuai dengan kemampuan pemakai jasa pelayanan itu.

g. Efisiensi Pelayanan Kesehatan (*Efficient*) .

Efisiensi pelayanan telah diketahui mempunyai hubungan yang erat dengan kepuasan pemakai jasa pelayanan. Dengan demikian untuk dapat menimbulkan kepuasan tersebut, perlu diupayakan peningkatan efisiensi pelayanan.

Menurut Azwar (1996), jika kedua kelompok dimensi kepuasan tersebut dibandingkan, maka terlihat bahwa dimensi kepuasan yang kedua bersifat ideal. Karena sesungguhnya menyelenggarakan pelayanan kesehatan yang memuaskan pemakai jasa pelayanan, tidaklah semudah yang diperkirakan.

Untuk mengatasi masalah ini, lazimnya diterapkan prinsip kepuasan yang terkombinasi secara selektif, dalam arti penerapan dimensi kepuasan kelompok pertama dilakukan secara optimal sedangkan

penerapan dimensi kepuasan kelompok kedua dilakukan secara selektif, yakni yang hanya sesuai dengan kebutuhan serta kemampuan saja.

Bruce (1989) mengemukakan rumusan dengan prinsip kombinasi tersebut yaitu :

1. Kepuasan yang Mengacu pada Penerapan Kode Etik serta Standar Pelayanan Profesi , terdiri atas aspek metoda, informasi yang disampaikan kepada klien, kemampuan teknis para penyelenggara pelayanan, hubungan pribadi antara penyelenggara pelayanan dengan klien serta mekanisme pelayanan tindak lanjut. .
2. Kepuasan yang Mengacu pada Penerapan Semua Persyaratan Pelayanan Kesehatan yang Baik

Enam unsur yang harus dipenuhi yaitu ketersediaan pelayanan kesehatan, kewajaran pelayanan kesehatan, kesinambungan pelayanan kesehatan , penerimaan pelayanan kesehatan, ketercapaian pelayanan kesehatan, dan keterjangkauan pelayanan kesehatan

P. Karakteristik Peserta JPKM

1. Umur

Peserta JPKM pada Badan Penyelenggara Hatimas Setia bervariasi umurnya. Mereka adalah pekerja pada perusahaan-perusahaan, yang terdiri dari remaja dan dewasa. Menurut Hurlock (1980), remaja adalah mereka yang berumur antara 12-21 tahun, sedangkan dewasa

berumur ≥ 22 tahun. Umur pasien juga berpengaruh dalam menentukan sikap maupun penilaian dalam hubungannya dengan dokter atau petugas kesehatan. Menurut Gunarsa dan Singgih (1998), pasien muda biasanya memberikan kerja sama yang baik, karena mereka berada dalam suatu masa yang sedang memperkembangkan penyesuaian – penyesuaian terhadap berbagai macam hubungan dan perkembangan tanggung jawab. Apabila pasien merasa tidak puas, akan sulit diajak bekerja sama, misalnya dalam pengobatan dan perawatan.

Lain halnya dengan orang dewasa. Kebanyakan pada orang dewasa, penyakit menimbulkan perasaan jengkel dan terbebani. Oleh karena itu, dalam pelayanan kesehatan, mereka memerlukan rasa hormat dan sikap yang sungguh-sungguh serta komunikasi yang baik dari pemberi pelayanan kesehatan.

2. Pendidikan

Pendidikan peserta JPKM bervariasi, dan hal ini berpengaruh terhadap tingkat kepuasan mereka dalam menerima pelayanan kesehatan pada PPK-I. Menurut Junadi (1991), kepuasan pasien merupakan nilai subyektif terhadap kualitas pelayanan yang diberikan. Walaupun subyektif namun ada unsur obyektifnya, dimana salah satu unsur obyektif itu adalah tingkat pendidikan. Artinya dalam memberikan penilaian terhadap pelayanan kesehatan yang diberikan dilandasai oleh tingkat pendidikannya.

Ketidakpuasan pasien bisa muncul, karena harapan yang terlalu muluk dan tidak rasional. Hal ini dapat disebabkan karena tingkat pendidikan yang rendah.

3. Pengalaman

Frekuensi kunjungan peserta JPKM ke PPK-I untuk mendapatkan pelayanan kesehatan juga bervariasi. Oleh karena itu, pengalaman mereka pun berbeda, sehingga penilaian terhadap pelayanan kesehatan yang diberikan oleh PPK-I bisa tidak sama antara peserta JPKM yang satu dengan yang lain. Selain dipengaruhi oleh tingkat pendidikan seperti disebutkan di atas, Junadi (1991) juga menyebutkan bahwa penilaian terhadap pelayanan kesehatan yang diberikan kepada pasien, juga dipengaruhi oleh pengalaman masa lalu.

4. Jenis Kelamin

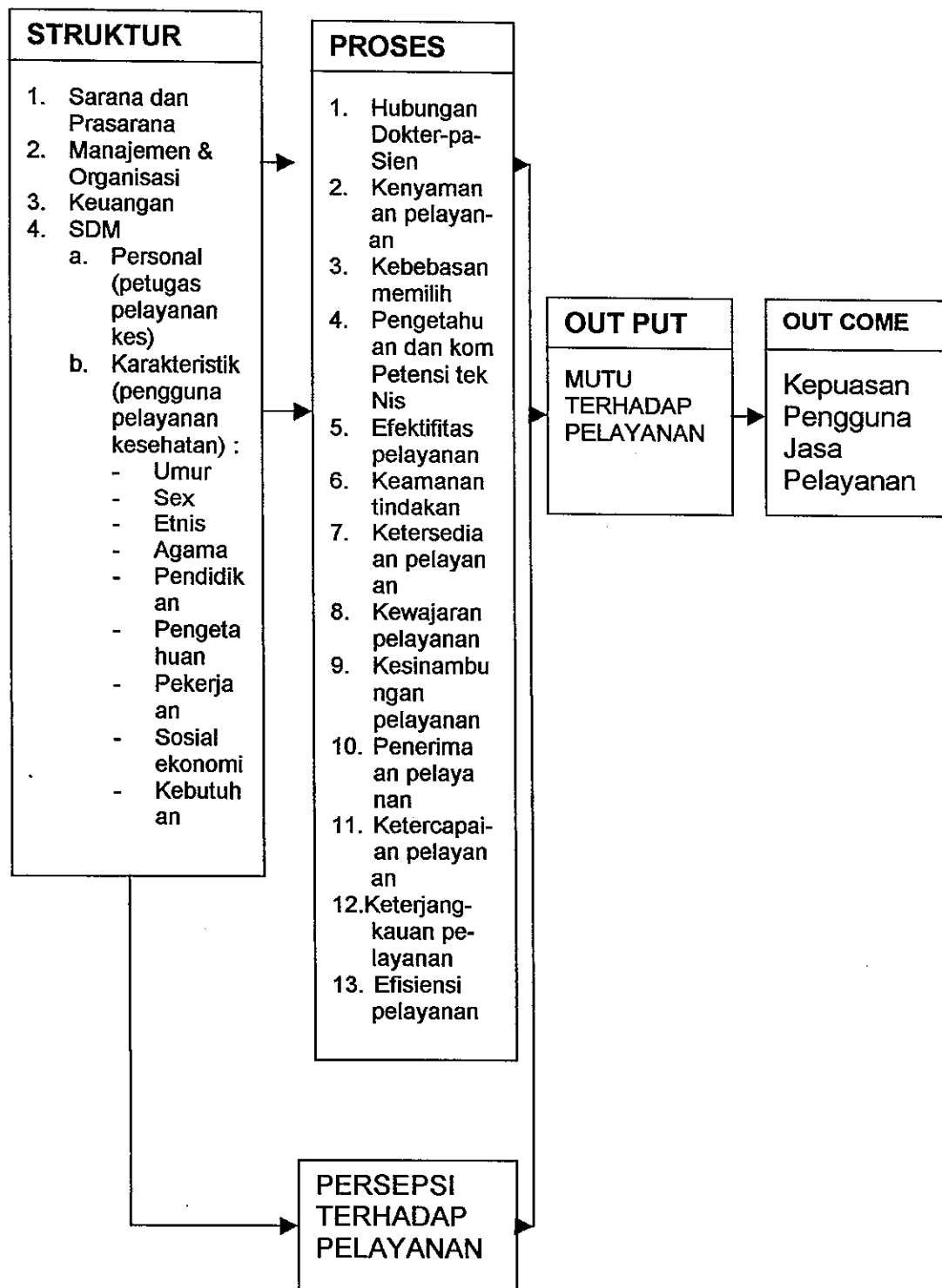
Peserta JPKM pada Badan Penyelenggara Hatimas Setia Semarang terdiri dari wanita dan pria. Perbedaan karakteristik ini juga dapat memberikan penilaian yang berbeda terhadap pelayanan kesehatan yang diterima (Junadi, 1991). Dengan demikian tingkat kepuasannya pun bisa pula berbeda.

5. Paket yang diikuti

Paket penyelenggaraan program JPKM yang ditawarkan oleh Bapel Hatimas Setia Semarang bervariasi, yaitu Paket A terdiri dari peserta bujangan dan peserta berkeluarga, dan Paket B yang juga terdiri dari peserta bujangan dan peserta berkeluarga. Perbedaan jenis paket mengacu pada jumlah premi yang dibayarkan. Jumlah premi yang harus dibayarkan paket A lebih besar daripada paket B, dan hal ini mengacu pada jumlah penghasilan peserta.

Pasien yang berpenghasilan tinggi dan merasa mampu membayar mahal, tidak akan mudah merasa puas bila pelayanan sesuai dengan kehendaknya, terkadang mereka lebih banyak menuntut, agak rewel (Endang, 1989).

Q. KERANGKA TEORI



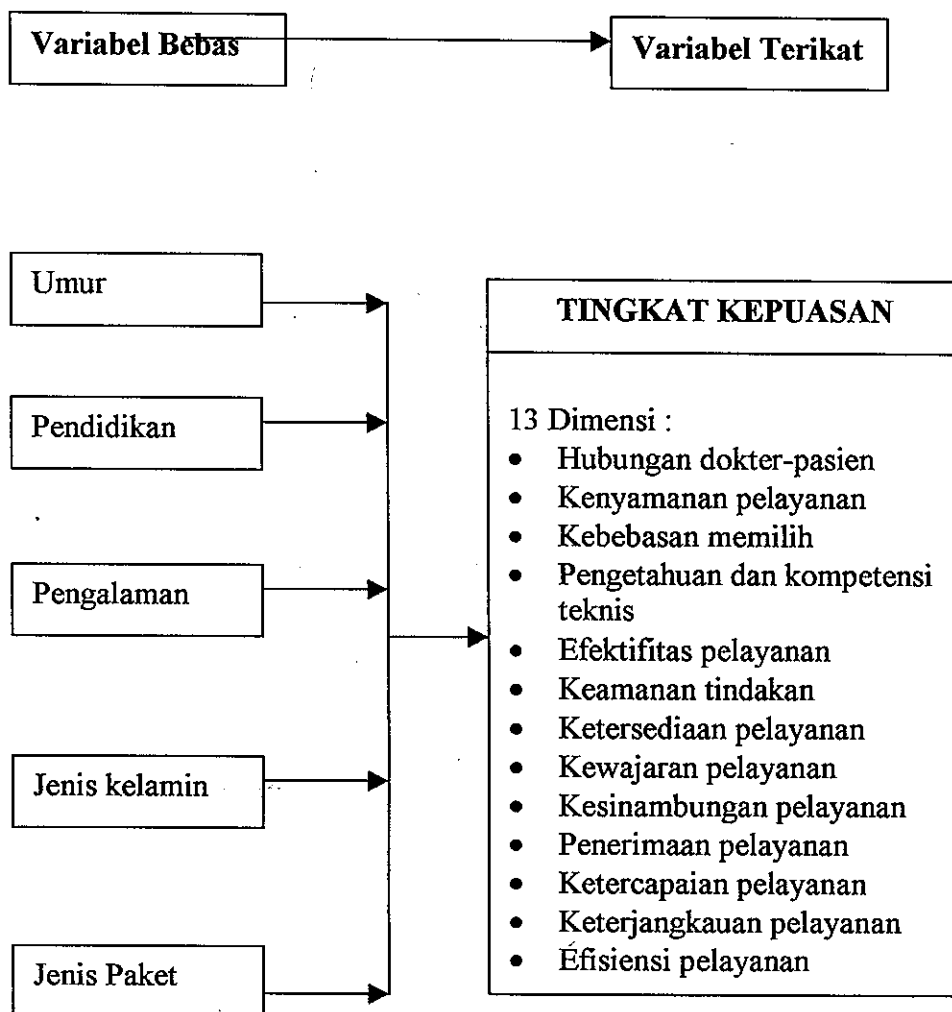
Sumber : Donabedian (1980) & Jacobalis (1989), serta Azwar (1986)

BAB III

METODE PENELITIAN

A. Kerangka Konsep

Berdasarkan tujuan penelitian dan kerangka teori di atas, maka kerangka konsep dalam penelitian ini dapat digambarkan sebagai berikut :



B. Hipotesis

1. Ada pengaruh antara umur dengan tingkat kepuasan peserta JPKM
2. Ada pengaruh antara pendidikan dengan tingkat kepuasan peserta JPKM
3. Ada pengaruh antara pengalaman dengan tingkat kepuasan peserta JPKM
4. Ada pengaruh antara jenis kelamin dengan tingkat kepuasan peserta JPKM
5. Ada pengaruh antara jenis paket dengan tingkat kepuasan peserta JPKM

C. Variabel penelitian

1. Variabel Bebas

Sebagai variabel bebas (independent variable) dalam penelitian ini adalah karakteristik peserta JPKM, yaitu :

- a. Umur
- b. Pendidikan
- c. Pengalaman
- d. Jenis kelamin
- e. Jenis paket

2. Variabel Terikat

Sebagai variabel terikat dalam penelitian ini adalah tingkat kepuasan peserta JPKM dalam pelayanan kesehatan yang diberikan oleh PPK-I yang diukur melalui 13 dimensi kepuasan, yaitu :

- a. Hubungan dokter-pasien
- b. Kenyamanan pelayanan
- c. Kebebasan memilih

- d. Pengetahuan dan kompetensi teknis
- e. Efektifitas pelayanan
- f. Keamanan tindakan
- g. Ketersediaan pelayanan
- h. Kewajaran pelayanan
- i. Kestinambungan pelayanan
- j. Penerimaan pelayanan
- k. Ketercapaian pelayanan
- l. Keterjangkauan pelayanan
- m. Efisiensi pelayanan

D. Definisi Operasional

1. Variabel Bebas

a. Umur

Lama hidup yang sudah dialami responden dihitung dalam satuan tahun, dan dihitung sejak lahir sampai dengan tahun pengambilan data.

Variabel umur diukur dengan menanyakan langsung kepada responden pada saat dilakukan wawancara/pengambilan data.

Skala pengukuran : ordinal

- 1) Umur < 30 tahun kategori muda
- 2) Umur 30-40 tahun kategori dewasa
- 3) Umur > 40 tahun kategori tua

b. Pendidikan

Pendidikan formal tertinggi yang ditempuh responden dengan ijazah terakhir yang dimiliki.

Variabel pendidikan diukur dengan menanyakan langsung kepada responden tentang pendidikan terakhir responden.

Skala : Ordinal

Kategori :

- 1) Tinggi, apabila pendidikan terakhir Akademi/Perguruan Tinggi
- 2) Sedang, apabila pendidikan terakhir SLTP/SLTA
- 3) Rendah, apabila pendidikan terakhir SD atau tidak tamat SD

c. Pengalaman

Frekuensi kunjungan responden ke PPK-I untuk mendapatkan pelayanan kesehatan.

Skala : Ordinal

Kategori :

- 1) Rendah, apabila baru 1-5 kali mendapatkan pelayanan di PPK-I
- 2) Sedang, apabila telah 6-10 kali mendapatkan pelayanan di PPK-I
- 3) Tinggi, apabila telah > 10 kali mendapatkan pelayanan di PPK-I

d. Jenis kelamin

Jenis kelamin yang dimiliki responden, yang diketahui dengan cara menanyakan langsung/observasi pada saat wawancara.

Skala : Nominal

Kategori :

- 1) Pria
- 2) Wanita

e. Jenis paket

Adalah kategori kepesertaan yang diikuti oleh responden pada Badan penyelenggara Hatimas Setia Semarang.

Skala : Ordinal

Kategori :

- 1) Paket A berkeluarga, dengan premi Rp. 30.000,-/bulan
- 2) Paket B berkeluarga, dengan premi Rp. 13.000,-/bulan

2. Variabel Terikat (dependent variable)

a. Tingkat kepuasan peserta JPKM

Adalah kesesuaian antara harapan dan kenyataan yang dialami responden setelah mendapatkan pelayanan kesehatan yang diberikan oleh PPK-I.

Skala : Ordinal

Kategori :

- 1) Puas = Nilai Skor $\geq \bar{X} + \frac{1}{2} SD$
- 2) Tidak Puas = Nilai Skor $< \bar{X} - \frac{1}{2} SD$

Variabel terikat kepuasan peserta JPKM diukur dari 13 dimensi kepuasan dalam pelayanan kesehatan, yang meliputi :

1) Hubungan dokter –pasien

Adalah komunikasi yang terjalin antara responden sebagai peserta JPKM dan dokter sebagai provider (PPK-I)

2) Kenyamanan pelayanan

Adalah segala sesuatu yang dirasakan responden atas fasilitas yang tersedia di PPK-I

3) Kebebasan memilih

Adalah perasaan responden dalam memilih PPK-I yang dikehendaki dari beberapa PPK-I yang ditawarkan oleh Badan Penyelenggara.

4) Pengetahuan dan kompetensi teknis

Adalah kemampuan yang dimiliki oleh dokter PPK-I dalam memberikan pelayanan kesehatan menurut persepsi responden.

5) Efektifitas pelayanan

Adalah hasil yang diperoleh responden setelah mendapatkan pelayanan kesehatan di PPK-I.

6) Keamanan tindakan

Adalah pelayanan kesehatan yang dilakukan oleh dokter PPK-I yang mengacu pada tindakan hati-hati.

7) Ketersediaan pelayanan

Adalah kesesuaian antara jenis pelayanan yang ditawarkan oleh Bapel pada PPK-I, dengan keadaan jenis pelayanan yang sebenarnya di PPK-I tersebut.

8) Kewajaran pelayanan

Adalah persepsi responden mengenai kemampuan PPK-I dalam mengatasi masalah kesehatannya sesuai dengan ilmu kedokteran.

9) Kesenambungan pelayanan

Adalah persepsi responden mengenai waktu yang disediakan PPK-I dalam memberikan pelayanan kesehatan sesuai jadwal yang telah disepakati.

10) Penerimaan pelayanan

Adalah persepsi responden mengenai upaya yang dilakukan oleh PPK-I dalam mengatasi masalah kesehatannya.

11) Ketercapaian pelayanan

Adalah persepsi responden mengenai jarak antara lokasi PPK-I dengan tempat tinggal responden dalam rangka untuk mencapai PPK-I tersebut.

12) Keterjangkauan pelayanan

Adalah premi atau jumlah iuran yang ditawarkan menurut kemampuan ekonomi responden.

13) Efisiensi pelayanan

Adalah persepsi responden mengenai waktu yang digunakan oleh PPK-I dalam memberikan pelayanan.

E. Jenis Penelitian

Jenis penelitian ini adalah merupakan penelitian observasional dengan pendekatan *cross sectional* atau belah lintang, dimana variabel bebas dan variabel terikat pada obyek penelitian diobservasi dan diukur dalam waktu yang bersamaan atau *point time approach* (Notoatmojo, 2002).

F. Populasi dan sampel

1. Populasi penelitian

Populasi penelitian ini adalah semua peserta JPKM berkeluarga di Bapel PT. Hatimas Setia Semarang yang pernah menggunakan jasa pelayanan PPK I dari bulan Januari sampai dengan Desember 2001 berjumlah 586 orang.

2. Sampel penelitian

Besarnya sampel dalam penelitian ini menggunakan rumus dari Vincent Gasperz, sebagai berikut :

$$n = \frac{N \cdot Z^2 \cdot P(1-P)}{N \cdot G^2 + Z^2 \cdot P(1-P)}$$

Keterangan :

n : Besarnya sampel

N : Jumlah populasi

Z : Confidence level = 95% sehingga Z tabel = 1,96

G : Galat penduga

P : Dugaan nilai proporsi sebesar 50% (0,50)

$$n = \frac{N \cdot Z^2 \cdot P(1-P)}{N \cdot G^2 + Z^2 \cdot P(1-P)}$$

$$= \frac{586(1,96)^2 \cdot 0,5(0,5)}{586(0,1)^2 + (1,96)^2 \cdot 0,5(0,5)}$$

$$= \frac{586 \cdot 3,8416 \cdot 0,25}{586 \cdot 0,01 + 3,8416 \cdot 0,25}$$

$$= \frac{562,56}{5,86 + 0,96}$$

$$= \frac{562,56}{6,82}$$

$$= 82,48 \text{ orang}$$

$$= 83 \text{ orang}$$

Peserta JKPM berkeluarga pada Bapel Hatimas Setia Semarang terdiri dari

2 jenis paket yang didasarkan atas besarnya premi, yaitu :

1) Paket A

Peserta Berkeluarga dengan premi Rp. 30.000,-/bulan, dengan jumlah peserta sebanyak 98 orang, sehingga sampelnya adalah :

$$\frac{98}{58} \times 83 = 14 \text{ orang}$$

2) Paket B

Peserta Berkeluarga dengan premi Rp. 13.000,-/bulan, dengan jumlah peserta sebanyak 488 orang, sehingga sampelnya adalah :

$$\frac{488}{586} \times 83 = 69 \text{ orang}$$

Kriteria inklusi sampel :

- Peserta JPKM berkeluarga yang pernah menggunakan jasa pelayanan kesehatan pada PPK-I selama tahun 2001.
- Bersedia menjadi responden dalam penelitian ini.

Kriteria eksklusi sampel :

- Peserta JPKM bujangan yang pernah menggunakan jasa pelayanan kesehatan pada PPK-I.
- Tidak bersedia menjadi responden dalam penelitian ini.

Cara mendapatkan sampel :

Pengambilan sampel dalam penelitian ini dilakukan dengan teknik acak sederhana (*simple random sampling*), dengan cara mengundi anggota populasi (*lottery technique*) atau teknik undian, dimana masing-masing anggota populasi mempunyai kesempatan yang sama untuk menjadi sampel (Notoatmodjo, 2002).

G. Proses pengumpulan Data

1. Data primer

Data primer diperoleh melalui wawancara dengan responden peserta JPKM dengan alat bantu kuesioner, yang meliputi :

- Karakteristik responden : nama, umur, pendidikan, jenis kelamin, pengalaman, dan jenis paket yang diikuti.
- Tingkat kepuasan responden yang diukur dari 13 dimensi kepuasan pelayanan.

Cara mengumpulkan data dilakukan dengan wawancara (*interview*), dimana peneliti dibantu oleh seorang *interviewer* dengan latar belakang sarjana kesehatan masyarakat . Disamping itu peneliti didampingi seorang staf dari Badan Penyelenggara.

Selain itu juga dilakukan pengambilan atau penggalian informasi dari PPK-I sebanyak 4 tempat sesuai dengan responden terpilih dan Badan Penyelenggara dengan cara wawancara untuk keperluan *cross check*.

2. Data sekunder

Pengumpulan data sekunder diperoleh dari : Dinas Kesehatan Propinsi Jawa Tengah yang meliputi data kepesertaan JPKM di Jawa Tengah dan Bapel Hatimas Setia Semarang meliputi data kepesertaan JPKM di Kota Semarang.

H. Pengolahan Data

Data yang dikumpulkan kemudian dilakukan pengolahan data yang meliputi data karakteristik peserta JPKM, dan tingkat kepuasan peserta JPKM dalam pelayanan kesehatan di PPK-I dengan menggunakan software SPSS versi 10 untuk komputerisasi kuesioner. Adapun pentahapan pengolahan data adalah sebagai berikut :

1. Editing

Langkah ini dimaksudkan untuk melakukan pengecekan kelengkapan data (karakteristik responden dan tingkat kepuasan peserta JPKM).

2. Koding

Setelah editing dilakukan selanjutnya dilakukan pengkodean data untuk memudahkan pengolahan data.

3. Tabulasi

Tabulasi merupakan lanjutan langkah koding untuk mengelompokkan data ke dalam suatu data tertentu menurut sifat yang dimiliki sesuai dengan tujuan penelitian.

I. Analisis Data

Analisis data dengan menggunakan komputer Program SPSS Versi 10 yang meliputi karakteristik responden berupa umur, pendidikan, jenis kelamin, pengalaman, jenis paket yang diikuti terhadap tingkat kepuasan peserta JPKM, yang mana variabel tersebut akan dianalisis dengan analisis univariat, analisis bivariat dan analisis multivariat.

1. Analisis Univariat

Mendeskripsikan masing-masing variabel yaitu karakteristik responden berupa umur, pendidikan, jenis kelamin, pengalaman, jenis paket yang diikuti, tingkat kepuasan peserta JPKM, disajikan dalam bentuk tabel distribusi frekuensi sehingga memudahkan analisis berikutnya.

2. Analisis Bivariat

Analisis bivariat untuk menguji hubungan antara variabel bebas dengan variabel terikat. Uji statistik yang digunakan adalah *Kendall's tau* untuk variabel umur, tingkat pendidikan, pengalaman, dan jenis paket karena jenis datanya adalah ordinal. Sedangkan untuk variabel jenis kelamin menggunakan *Chi Square* karena jenis datanya nominal. Untuk melihat signifikasinya (kemaknaannya), maka dilihat angka koefisien korelasi.

3. Analisis Multivariat

Uji yang sama dilakukan adalah dengan Analisis Regresi Logistik yang bertujuan untuk mengetahui pengaruh variabel bebas terhadap variabel terikat. Pengambilan keputusan ada tidaknya pengaruh dengan nilai probabilitas yaitu :

- a. Jika probabilitas $> 0,05$ maka H_0 diterima artinya tidak ada pengaruh antara variabel bebas terhadap variabel terikat.
- b. Jika probabilitas $< 0,05$ maka H_0 ditolak artinya ada pengaruh antara variabel bebas terhadap variabel terikat.

J. Validitas dan Reliabilitas

Sebelum kuesioner digunakan untuk penelitian, maka dilakukan uji validitas dan reliabilitas terhadap kuesioner tersebut. Uji validitas adalah untuk mengetahui sejauh mana suatu alat ukur itu mengukur apa yang ingin diukur. Uji reliabilitas adalah untuk mengetahui sejauh mana alat pengukur dapat dipercaya atau diandalkan.

1. Uji validitas kuesioner dengan melakukan uji coba kuesioner kepada peserta JPKM berkeluarga diluar sampel penelitian sebanyak 30 orang di Kota Semarang. Responden tersebut diminta menjawab pertanyaan yang ditanyakan kemudian dari jawaban tersebut diskor kemudian mengkorelasikan antara skor yang diperoleh pada masing-masing item pertanyaan dengan skor total dengan teknik korelasi yang dipakai adalah *Korelasi Product Moment*. Apabila korelasi antar skor signifikan (p value $< 5\%$), maka item pertanyaan tersebut tidak valid.
2. Untuk membuktikan kebenaran jawaban responden tentang tingkat kepuasannya maka dilakukan wawancara dengan pengelola Bapel dan dokter PPK-I.
3. Uji reliabilitas menunjukkan keterandalan suatu alat ukur. Dalam uji reliabilitas penelitian ini adalah dari item yang sudah valid kemudian diuji reliabilitasnya dengan menggunakan koefisien alpha. Apabila koefisien alpha yang diperoleh lebih dari 0,7 maka penelitian tersebut reliabel.

K. Jalannya Penelitian

1. Uji Validitas dan Reliabilitas Instrumen

Untuk melaksanakan penelitian ini dilakukan uji validitas dan reliabilitas instrumen melalui uji coba kuesioner terhadap 30 orang peserta JPKM pada Bapel Hatimas Setia Semarang. Adapun hasil pengujian instrumen tersebut, dari 82 item pertanyaan 13 diantaranya tidak valid sehingga dinyatakan gugur.

Item-item yang gugur dalam uji validitas dan reliabilitas tidak digunakan dalam instrumen penelitian (didrop), karena tidak akan menghasilkan data yang valid. Adapun beberapa item pertanyaan yang gugur tersebut tidak akan mempengaruhi arti dari masing-masing dimensi kepuasan pelayanan kesehatan, karena jumlah item yang valid (tidak gugur) cukup mewakili untuk mengukur kepuasan pelayanan kesehatan pada PPK-I.

2. Pengumpulan Data Lapangan

Setelah uji validitas dan reliabilitas dengan hasil sebagaimana di atas yang ternyata mempunyai validitas dan reliabilitas, kemudian kuesuioner tersebut digunakan untuk mencari atau mengumpulkan data di lapangan.

Data yang dikumpulkan dari responden merupakan data primer. Pengumpulan data primer dilakukan dengan wawancara dan menggunakan kuesioner yang telah diujicobakan.

BAB IV

HASIL PENELITIAN

Penelitian ini dilakukan di wilayah Kota Semarang dengan jumlah responden sebanyak 83 orang, yang terdiri dari 14 orang responden dari peserta JPKM berkeluarga paket A dan 69 orang responden dari peserta JPKM berkeluarga paket B. Dengan demikian response ratenya adalah 100 %.

Dalam melaksanakan penelitian, kendala yang dihadapi adalah pada awal melakukan wawancara dengan responden, yaitu adanya kesan pada sebagian responden tidak mengutarakan terus terang/ragu-ragu menjawab pertanyaan sebagaimana yang terdapat dalam instrumen. Namun demikian hal tersebut dapat diatasi dengan memberikan pengertian kepada responden bahwa wawancara tersebut tidak akan berpengaruh apapun berkaitan dengan status mereka sebagai karyawan perusahaan.

Selain kendala sebagaimana disebutkan di atas, kendala lainnya adalah dalam pengembangan instrumen, dimana instrumen yang digunakan dalam penelitian disusun oleh peneliti sendiri (bukan instrumen standard), sehingga kemungkinan banyak kekurangan atau kelemahannya karena keterbatasan peneliti.

A. Gambaran Umum Lokasi Penelitian

Penelitian dilaksanakan pada bulan Januari – Pebruari 2003, dimana di kota tersebut telah terdapat Badan Penyelenggara Jaminan

Pemeliharaan Kesehatan Masyarakat (Bapel JPKM) yang pertama di Propinsi Jawa Tengah.

Badan Penyelenggara PT. Hatimas Setia Semarang didirikan sebagai badan usaha swasta di hadapan Mustari Sawilin SH, notaris di Semarang dengan akta nomor 9 tanggal 12 Desember 1996, yang anggaran dasarnya telah diubah dengan akta nomor 15 tanggal 23 Mei 1997 dan nomor 44 tanggal 29 Juli 1997. Keduanya juga dibuat di hadapan notaris sebagaimana tersebut di atas.

Badan Penyelenggara PT. Hatimas Setia telah mendapatkan izin operasional sebagai Bapel JPKM dari Menteri Kesehatan Republik Indonesia nomor 14/JPKM/XI/1997 tanggal 19 Nopember 1997. Izin operasional tersebut berlaku untuk seluruh wilayah Indonesia, namun pada awalnya baru mengembangkan kegiatannya di Propinsi Jawa Tengah khususnya di Kota Semarang.

Sebagaimana diketahui bahwa sebagai ibukota Propinsi Jawa Tengah, Kota Semarang mempunyai jumlah penduduk yang besar dimana merupakan potensi untuk mengembangkan program Jaminan Pemeliharaan Kesehatan Masyarakat. Berdasarkan Sensus penduduk tahun 2000 jumlah penduduk di Kota Semarang adalah 1.345.065 jiwa yang tersebar pada 16 kecamatan.

Selain jumlah penduduk yang besar, Kota Semarang juga mempunyai beberapa sarana kesehatan yang juga berpotensi untuk menjadi Pemberi Pelayanan Kesehatan (PPK-I) dalam penyelenggaraan program

Jaminan Pemeliharaan Kesehatan Masyarakat, sebagaimana tabel 4.1. di bawah ini :

Tabel 4.1. Jumlah Sarana Pelayanan Kesehatan yang Berpotensi Sebagai PPK-I di Kota Semarang

No.	Jenis Sarana	Jumlah
1.	Puskesmas	37
2.	Dokter umum praktek swasta	519
3.	Dokter gigi praktek swasta	155
4.	Balai pengobatan umum swasta	51
5.	Balai pengobatan gigi swasta	5
6.	Klinik 24 jam	19
	Jumlah	786

Sumber : Profil Kesehatan, Dinas Kesehatan Kota Semarang, 2002.

Sedangkan jumlah sarana kesehatan yang berpotensi untuk menjadi PPK-II juga cukup banyak yaitu 20 buah, dengan rincian sebagai berikut :

Tabel 4.2. Jumlah Sarana Pelayanan Kesehatan yang Berpotensi Sebagai PPK-II di Semarang

No.	Jenis Sarana	Jumlah
1.	Rumah Sakit Umum Tipe B	3
2.	Rumah Sakit Umum Tipe C	8
3.	Rumah Sakit Umum Tipe D	2
4.	Rumah Sakit Jiwa	1
5.	Rumah Sakit Bersalin	4
6.	Rumah Sakit Ibu dan Anak	2
	Total :	20

Sumber : Profil Kesehatan, Dinas Kesehatan Kota Semarang, 2002.

Adapun produk yang terdapat pada Badan Penyelenggara Hatimas Setia Semarang khususnya di PPK-I tidak ada perbedaan antara peserta Paket A dengan peserta Paket B. Perbedaan produk pelayanan hanya terdapat pada PPK-II.

Produk pelayanan kesehatan yang dapat dilayani di PPK-I baik untuk peserta Paket A maupun B adalah sebagai berikut :

1. Pemeriksaan dan pengobatan dokter umum
2. Pemeriksaan dan pengobatan dokter gigi
3. Pelayanan keluarga berencana
4. Pelayanan kesehatan ibu dan anak
5. Pelayanan bimbingan dan konsultasi medis
6. Pelayanan laboratorium secara sederhana
7. Pelayanan tindakan medis secara sederhana
8. Pelayanan rujukan ke PPK-II

Frekuensi kunjungan untuk setiap jenis pelayanan sebagaimana tersebut di atas tidak dibatasi baik untuk peserta Paket A maupun peserta Paket B.

B. Hasil Wawancara dengan Responden

1. Analisis Univariat

a. Distribusi Responden Menurut Jenis Kelamin

Berdasarkan jenis kelamin, 22 orang wanita (26,5 %) dan pria 61 orang (73,5 %).

Tabel 4.3. Distribusi Responden Menurut Jenis Kelamin

No.	Jenis Kelamin	Jumlah	Persentase
1.	Wanita	22	26,5
2.	Pria	61	73,5
	Total :	83	100

b. Distribusi Responden Menurut Umur

Karakteristik responden berdasarkan umur dikategorikan menjadi tiga, yaitu kategori umur muda (< 30 tahun), dewasa ($30-40$ tahun), dan tua (> 30 tahun). Proporsi tertinggi adalah kategori umur dewasa sebesar 59,04 %, kemudian kategori muda 28,91 %, dan kategori tua 12,05 %.

Tabel 4.4. Distribusi Responden Menurut Umur

No.	Kategori Umur	Jumlah	Persentase
1.	< 30 tahun	24	28,91
2.	30-40 tahun	49	59,04
3.	> 40 tahun	10	12,05
Total :		83	100

c. Distribusi Responden Menurut Tingkat Pendidikan

Menurut tingkat pendidikannya, responden dikategorikan menjadi tiga, yaitu kategori pendidikan tinggi (Akademi dan Perguruan Tinggi), sedang (SLTP dan SLTA), dan rendah (Sekolah Dasar/SD dan tidak sekolah). Sebagian besar responden termasuk dalam kategori berpendidikan sedang yaitu 63 orang (75,9 %), kemudian pendidikan tinggi 10 orang (12,0 %) dan rendah 10 orang (12,0 %).

Tabel 4.5. Distribusi Responden Menurut Tingkat Pendidikan

No.	Tingkat Pendidikan	Jumlah	Persentase
1.	Tinggi	10	12,0
2.	Sedang	63	75,9
3.	Rendah	10	12,0
Total :		83	100

d. Distribusi Responden Menurut Pengalaman Berobat Ke PPK-I

Karakteristik responden dilihat dari pengalaman berobat atau menggunakan jasa pelayanan kesehatan di PPK-I, dikategorikan pula menjadi tiga, yaitu kategori tinggi (> 10 kali), sedang (6-10 kali), dan rendah (1-5 kali). Jumlah terbanyak responden adalah pada kategori rendah 46 orang (55,4 %), kemudian sedang 23 orang (27,7 %) dan tinggi 14 orang (16,9 %).

Tabel 4.6. Distribusi Responden Menurut Pengalaman Berobat Ke PPK-I

No.	Pengalaman	Jumlah	Persentase
1.	Tinggi	14	16,9
2.	Sedang	23	27,7
3.	Rendah	46	55,4
	Total	83	100

e. Distribusi Responden Menurut Jenis Paket

Karakteristik responden berdasarkan paket yang diikuti yaitu paket A berkeluarga 14 orang (16,9 %), dan paket B berkeluarga 69 orang (83,1 %).

Tabel 4.7. Distribusi Responden Menurut Jenis Paket

No.	Jenis Paket	Jumlah	Persentase
1.	A berkeluarga	14	16,9
2.	B berkeluarga	69	83,1
	Total :	83	100

f. Distribusi Tingkat Kepuasan Responden

Responden yang menyatakan tidak puas atas pelayanan kesehatan yang diberikan oleh PPK-I 52 orang (62,7 %), dan yang menyatakan puas 31 orang (37,3 %).

Tabel 4.8. Distribusi Tingkat Kepuasan Responden

Tingkat Kepuasan	Jumlah	Persentase
Puas	31	37,3
Tidak Puas	52	62,7
Total :	83	100

Adapun apabila dirinci berdasarkan 13 dimensi kepuasan adalah sebagai berikut :

**Tabel 4.9. Distribusi Tingkat Kepuasan Responden
Dirinci Menurut Dimensi Kepuasan**

Dimensi	Puas	%	Tidak Puas	%
Hubungan dokter PPK-I dengan Pasien peserta JPKM	42	50,6	41	49,4
Kenyamanan pelayanan kesehatan	44	53,0	39	47,0
Kebebasan memilih	55	66,3	28	33,7
Pengetahuan dan kompetensi teknis	28	33,7	55	66,3
Efektifitas pelayanan kesehatan	35	42,2	48	57,8
Keamanan tindakan	36	43,4	47	56,6
Ketersediaan pelayanan kesehatan	33	39,8	50	60,2
Kewajaran pelayanan	52	62,7	31	37,3
Kesinambungan pelayanan	25	30,1	58	69,9
Penerimaan pelayanan kesehatan	30	36,1	53	63,9
Ketercapaian pelayanan	40	48,2	43	51,8
Keterjangkauan pelayanan	37	44,6	46	55,4
Efisiensi pelayanan	59	71,1	24	28,9

Dari tabel 4.9. di atas dapat diketahui bahwa persentase ketidakpuasan peserta adalah pada aspek kesinambungan pelayanan (69,9 %), kemudian aspek pengetahuan dan kompetensi teknis (66,3 %), aspek penerimaan pelayanan kesehatan (63,9 %), dan aspek ketersediaan pelayanan (60,2 %).

2. Analisis Bivariat

a. Hubungan Antara Jenis Kelamin Responden dengan Tingkat Kepuasan

Hasil analisis statistik subyek penelitian yaitu sebanyak 83 responden disajikan pada tabel 4.10. di bawah ini :

Tabel 4.10. Hubungan Antara Jenis Kelamin Responden Dengan Tingkat Kepuasan

		Tingkat Kepuasan					
Jenis Kelamin	Tidak Puas		Puas		Total		
	n	%	n	%	n	%	
Wanita	18	81,8	4	18,2	22	100,0	
Pria	34	55,7	27	44,3	61	100,0	
Jumlah	52	62,7	31	37,3	83	100,0	

Responden yang menyatakan tidak puas atas pelayanan kesehatan yang diselenggarakan oleh PPK-I lebih tinggi pada wanita (81,8 %) dibandingkan dengan pria (55,7 %).

Analisis hubungan dengan *Chi Square* menunjukkan bahwa p value sebesar 0,031 yang berarti $< 0,05$ dan dengan demikian ada hubungan yang bermakna antara jenis kelamin

responden dengan tingkat kepuasan. Keeratan hubungan 0,238 (berada pada kisaran 0,20-0,399) yang berarti lemah.

b. Hubungan Antara Umur Responden dengan Tingkat Kepuasan

Hasil analisis statistik subyek penelitian yaitu sebanyak 83 responden disajikan pada tabel 4.11 di bawah ini :

Tabel 4.11. Hubungan Antara Umur Responden dengan Tingkat Kepuasan

Tingkat Kepuasan						
Umur	Tidak Puas		Puas		Total	
	n	%	n	%	n	%
Muda	9	37,5	15	62,5	24	100,0
Dewasa	36	73,5	13	26,5	49	100,0
Tua	7	70,0	3	30,0	10	100,0
Jumlah	52	62,7	31	37,3	83	100,0

Subyek penelitian atau responden yang menyatakan tidak puas atas pelayanan kesehatan yang diberikan oleh PPK-I yang tertinggi adalah pada kategori umur dewasa (73,5 %), kemudian pada kategori tua (70,0 %), dan yang terendah adalah pada kategori umur muda (37,5 %).

Selanjutnya pada analisis hubungan dengan *Uji Kendall's tau* diperoleh hasil bahwa *p value* 0,009 yang berarti lebih kecil dari 0,05. Oleh karena *p value* < 0,05, maka ada hubungan yang signifikan antara umur dengan tingkat kepuasan responden dalam

pelayanan kesehatan yang diberikan oleh PPK-I. Keeratan hubungan lemah (0,276) karena berada pada kisaran 0,20-0,399.

c. Hubungan Antara Tingkat Pendidikan dengan Tingkat Kepuasan

Hasil analisis statistik subyek penelitian yaitu sebanyak 83 responden disajikan pada tabel 4.12. di bawah ini :

Tabel 4.12. Hubungan Antara Tingkat Pendidikan Dengan Tingkat Kepuasan

Tingkat Kepuasan						
Tingkat Pendidikan	Tidak Puas		Puas		Total	
	n	%	n	%	n	%
Tinggi	3	30,0	7	70,0	10	100,0
Sedang	41	65,1	22	34,9	63	100,0
Rendah	8	80,0	2	20,0	10	100,0
Jumlah	52	62,7	31	37,3	83	100,0

Berdasarkan tabel 4.12. di atas, dapat diketahui bahwa pada responden yang berpendidikan rendah menempati proporsi tertinggi dalam menyatakan ketidakpuasannya atas pelayanan yang diberikan oleh PPK-I (80,0 %), kemudian pada responden dengan kategori berpendidikan sedang 65,1 % , dan pada responden dengan kategori berpendidikan tinggi 30 %.

Uji Statistik dengan *Kendall's tau* untuk mengetahui hubungan antara tingkat pendidikan responden dengan tingkat kepuasan atas pelayanan kesehatan yang diberikan oleh PPK-I

menunjukkan bahwa ada hubungan yang bermakna karena p value $0,022 < 0,05$. Keeratan hubungan lemah (0,247) karena berada pada kisaran 0,02 –0,399.

d. Hubungan Antara Pengalaman Berobat ke PPK-I dengan Tingkat Kepuasan

Hasil analisis statistik subyek penelitian yaitu sebanyak 83 responden disajikan pada tabel 4.13. di bawah ini :

Tabel 4.13 Hubungan Antara Pengalaman Berobat Ke PPK-I Dengan Tingkat kepuasan

Pengalaman Berobat	Tingkat Kepuasan					
	Tidak Puas		Puas		Total	
	n	%	n	%	n	%
Tinggi	5	35,7	9	64,3	14	100,0
Sedang	13	56,5	10	43,5	23	100,0
Rendah	34	73,9	12	26,1	46	100,0
Jumlah	52	62,7	31	37,3	83	100,0

Subyek penelitian atau responden yang menyatakan tidak puas atas pelayanan kesehatan yang diberikan oleh PPK-I tertinggi pada kategori responden dengan tingkat pengalaman rendah (73,9 %). Kemudian pada responden dengan tingkat pengalaman sedang (56,5 %), dan responden dengan tingkat pengalaman tinggi (35,7 %).

Hasil Uji Statistik dengan menggunakan *Kendall's tau* menunjukkan bahwa ada hubungan yang bermakna antara pengalaman berobat ke PPK-I dengan tingkat kepuasan responden

dalam mendapatkan pelayanan kesehatan di PPK-I. Hal ini ditunjukkan dengan *p value* sebesar 0,09 yang berarti $< 0,05$. Dengan demikian ada hubungan yang bermakna antara pengalaman berobat ke PPK-I dengan tingkat kepuasan responden dalam pelayanan kesehatan yang diberikan oleh PPK-I. Keeratan hubungan lemah (0,275) karena berada pada kisaran 0,20-0,399.

e. Hubungan Antara Jenis Paket dengan Tingkat Kepuasan

Hasil analisis statistik subyek penelitian yaitu sebanyak 83 responden disajikan pada tabel 4.14. di bawah ini :

Tabel 4.14. Hubungan Antara Jenis Paket dengan Tingkat Kepuasan

Tingkat Kepuasan						
Jenis Paket	Tidak Puas		Puas		Total	
	n	%	n	%	n	%
Paket A Berkeluarga	8	57,1	6	42,9	14	100,0
Paket B Berkeluarga	44	63,8	25	36,2	69	100,0
Jumlah	52	62,7	31	37,3	83	100,0

Subyek penelitian yang menyatakan tidak puas atas pelayanan kesehatan yang diberikan oleh PPK-I lebih banyak pada responden yang mengikuti jenis paket B berkeluarga (63,8 %) dibandingkan responden yang mengikuti jenis paket A berkeluarga (57,1 %).

Kemudian untuk mengetahui ada tidaknya hubungan antara jenis paket dengan tingkat kepuasan digunakan Uji Statistik

Kendall's tau yang hasilnya menunjukkan bahwa tidak ada hubungan yang bermakna antara jenis paket dengan tingkat kepuasan responden dalam pelayanan kesehatan yang diberikan oleh PPK-I. Hal tersebut ditunjukkan dengan *p value* 0,642 yang berarti $> 0,05$.

3. Analisis Multivariat

Untuk mengetahui pengaruh variabel bebas berupa karakteristik responden terhadap variabel terikat yaitu tingkat kepuasan dilakukan uji multivariat *Logistic Regression* dengan hasil sebagai berikut :

Tabel 4.15. Pengaruh Karakteristik Responden Terhadap Kepuasan

Variabel	B	S.E.	Wald	D f	Sig.	Exp (B)	95,0 % C.I. for EXP(B)	
							Lower	Upper
Step 1 ^a	Jns Kelamin	1,406	0,696	4,074	1	0,044	4,079	1,042 15,971
	Umur	1,521	0,509	8,918	1	0,003	4,576	1,687 12,417
	Pendidikan	0,837	0,672	1,547	1	0,214	2,308	0,618 8,624
	Pengalaman	1,001	0,392	6,507	1	0,011	2,720	1,261 5,867
	Jns Paket	0,413	0,737	0,314	1	0,575	1,511	0,356 6,414
	Constant	-8,744	2,591	11,387	1	0,001	0,000	
Step 2 ^a	Jns Kelamin	1,448	0,696	4,332	1	0,037	4,253	1,088 16,624
	Umur	1,489	0,504	8,734	1	0,003	4,432	1,651 11,898
	Pendidikan	0,884	0,672	1,731	1	0,188	2,422	0,648 9,043
	Pengalaman	0,987	0,391	6,388	1	0,011	2,684	1,248 5,773
	Constant	-8,043	2,227	13,042	1	0,000	0,000	
Step 3 ^a	Jns Kelamin	1,671	0,695	5,788	1	0,016	5,318	1,363 20,752
	Umur	1,504	0,497	9,145	1	0,002	4,499	1,698 11,922
	Pengalaman	1,097	0,384	8,147	1	0,004	2,996	1,410 6,366
	Constant	-6,838	1,942	12,401	1	0,000	0,001	

Berdasarkan tabel di atas dari kelima variabel bebas yang merupakan karakteristik responden yaitu jenis kelamin, umur, tingkat pendidikan, pengalaman, dan jenis paket menunjukkan bahwa ada 3

variabel bebas yang berpengaruh terhadap tingkat kepuasan responden dalam pelayanan kesehatan yang diberikan oleh PPK-I dengan probabilitas $< 0,05$. Ketiga variabel tersebut adalah :

- 1). Jenis kelamin dengan probabilitas 0,016;
- 2). Umur dengan probabilitas 0,002; dan
- 3). Pengalaman dengan probabilitas 0,004.

Oleh karena itu pada ketiga variabel bebas tersebut H_0 ditolak, yang berarti ada pengaruh antara variabel bebas (jenis kelamin, umur, pengalaman) dengan variabel terikat.

Sedangkan diantara ketiga variabel bebas yang berpengaruh tersebut, umur merupakan variabel yang paling dominan dalam memberikan pengaruh terhadap tingkat kepuasan mempunyai probabilitas yang terbesar diantara 3 variabel yang berpengaruh yaitu 0,002 . Sedangkan variabel pengalaman berobot menempati urutan kedua dalam memberikan pengaruh dengan probabilitas 0,004, dan terakhir variabel jenis kelamin dengan probabilitas 0,016.

BAB V

PEMBAHASAN

A. Karakteristik Responden

Sebagian besar responden berjenis kelamin pria, yaitu 61 orang (73,5 %), sedangkan wanita 22 orang (26,5 %). Hal ini dapat dipahami bahwa responden dalam penelitian ini adalah dari jenis paket berkeluarga, sehingga pria sebagai kepala keluarga lebih banyak yang menjadi peserta JPKM daripada wanita.

Sedangkan dari segi umur, kebanyakan responden termasuk dalam kategori umur dewasa yaitu antara umur 30-40 tahun sebanyak 49 orang (59,04 %) yang berarti lebih dari setengah dari keseluruhan responden, kemudian responden yang berumur kategori muda (< 30 tahun) juga cukup banyak yaitu 24 orang (28,91 %), dan responden yang masuk dalam kategori tua (> 40 tahun) relatif sedikit yaitu 10 orang (12,05 %). Distribusi responden berdasarkan karakteristik umur tersebut dapat dimengerti karena mereka semua adalah para pekerja perusahaan, sehingga lebih banyak pada kelompok umur yang produktif.

Kemudian distribusi responden apabila dilihat dari karakteristik tingkat pendidikan, sebagian besar berada pada kategori sedang yaitu yang berpendidikan setingkat SLTP maupun SLTA. Responden kategori berpendidikan sedang ini adalah 63 orang (75,9 %) dari keseluruhan responden yang berjumlah 83 orang. Lain halnya dengan responden dengan kategori tinggi

(Akademi/Perguruan Tinggi) maupun rendah (Sekolah Dasar) yang sama-sama berjumlah 10 orang atau masing-masing mempunyai proporsi 12,0 %. Apabila melihat data tersebut dapat pula dipahami bahwa sebagai pekerja perusahaan, persentase terbesar diantara mereka adalah pekerja buruh, meskipun ada dari mereka yang berpendidikan tinggi setingkat Akademi/Perguruan Tinggi menempati posisi sebagai staf (non buruh).

Karakteristik selanjutnya dari responden adalah pengalaman berobat ke PPK-I. Dalam hal ini juga dikategorikan menjadi 3 kelompok yaitu tinggi (>10 kali), sedang (6-10 kali), maupun rendah (1-5 kali) dalam mendapatkan pelayanan kesehatan di PPK-I. Proporsi terbesar responden termasuk dalam kategori berpengalaman rendah yaitu sebanyak 46 orang (55,4 %), kemudian responden berpengalaman berobat dalam kategori sedang sebanyak 23 orang (27,7 %), dan sisanya 14 orang (16,9 %) termasuk dalam kategori responden dengan pengalaman tinggi .

Kemudian karakteristik yang terakhir responden dalam penelitian ini adalah berdasarkan jenis paket yang diikuti yang terdiri dari jenis paket A berkeluarga dan jenis paket B berkeluarga. Untuk responden yang mengikuti jenis paket A berkeluarga sebanyak 14 orang (16,9 %) dan paket B berkeluarga 69 orang (83,1 %). Responden dengan jenis paket A berkeluarga lebih sedikit karena premi yang harus dibayarkan relatif lebih mahal yaitu Rp.30.000,- per bulan, sedangkan pada jenis paket B berkeluarga Rp. 13.000,- per bulan.

B. Hubungan Antara Karakteristik Responden dengan Tingkat Kepuasan dalam Pelayanan Kesehatan yang Diberikan Oleh PPK-I

1. Hubungan Antara Jenis Kelamin Responden dengan Tingkat Kepuasan

Berdasarkan hasil penelitian pada umumnya responden menyatakan tidak puas atas pelayanan kesehatan yang diberikan oleh PPK-I baik pada responden pria maupun wanita. Namun pada responden wanita dari 22 orang, sebanyak 18 orang (81,8 %) diantara mereka menyatakan ketidakpuasannya, sedangkan pada responden pria 55,7 % menyatakan tidak puas atas pelayanan kesehatan yang diberikan oleh PPK-I.

Disamping itu berdasarkan uji statistik dengan *Chi Square* menunjukkan bahwa ada hubungan yang bermakna antara jenis kelamin dengan tingkat kepuasan responden, yang dibuktikan dengan p value 0,031 yang berarti ada hubungan yang bermakna meskipun keeratan hubungan tersebut lemah yaitu 0,238 karena berada pada kisaran 0,20-0,399 (Sugiyono, 2000).

Menurut Junadi (1991) perbedaan karakteristik antara pria dan wanita dapat memberikan penilaian yang berbeda terhadap pelayanan kesehatan yang diterima. Oleh karena itu tingkat kepuasannya pun dapat juga berbeda.

Menurut asumsi peneliti, karena wanita lebih menuntut privasi yang lebih tinggi dalam pelayanan kesehatan misalnya dalam pemeriksaan fisik,

sehingga kemungkinan responden wanita lebih banyak yang tidak puas dibandingkan dengan responden pria.

2. Hubungan Antara Umur dengan Tingkat Kepuasan

Berdasarkan hasil penelitian menunjukkan bahwa dari karakteristik umur, proporsi responden yang menyatakan tidak puas atas pelayanan kesehatan yang diberikan oleh PPK-I yang tertinggi adalah pada kategori umur dewasa (73,5 %), kemudian pada kategori tua (70,0 %), dan yang terendah adalah pada kategori umur muda (37,5 %). Dengan demikian ketidakpuasan responden lebih banyak pada kelompok umur dewasa dan tua, sedangkan pada umur muda justru lebih banyak yang menyatakan puas atas pelayanan kesehatan yang diberikan oleh PPK-I yaitu sebesar 62,5 %.

Dalam analisis hubungan dengan *Uji Kendall's tau* diperoleh hasil bahwa *p value* 0,009 yang berarti lebih kecil dari 0,05. Oleh karena *p value* < 0,05, maka ada hubungan yang signifikan antara umur dengan tingkat kepuasan responden dalam pelayanan kesehatan yang diberikan oleh PPK-I. Keeratan hubungan lemah (0,276) karena berada pada kisaran 0,20-0,399 (Sugiyono, 2000).

Berdasarkan teori yang ada yaitu menurut Gunarsa dan Singgih (1998), pasien yang berumur muda biasanya memberikan kerja sama yang baik, karena mereka berada pada masa yang sedang mengembangkan penyesuaian-penyesuaian terhadap berbagai macam hubungan dan

perkembangan tanggung jawab. Sedangkan kebanyakan pada pasien yang berumur dewasa, penyakit menimbulkan perasaan jengkel dan terbebani. Oleh karena itu dalam pelayanan kesehatan, mereka memerlukan rasa hormat dan sikap yang sungguh-sungguh serta komunikasi yang baik dari pemberi pelayanan kesehatan.

Menurut peneliti, kemungkinan pada responden dewasa dan tua mempunyai tingkat kesabaran yang rendah dalam menghadapi penyakit dan ingin cepat mendapatkan kesembuhan, sehingga lebih banyak yang merasa tidak puas dibandingkan responden usia muda.

3. Hubungan Antara Tingkat Pendidikan Responden dengan Tingkat Kepuasan

Berdasarkan hasil penelitian, responden pada kategori berpendidikan rendah (Sekolah Dasar) mempunyai proporsi tertinggi dalam menyatakan ketidakpuasannya dalam pelayanan kesehatan yang diberikan oleh PPK-I yaitu 80 % responden. Kemudian pada responden kategori berpendidikan sedang (SLTP/SLTA) menempati urutan kedua yaitu 65,1 %. Sedangkan pada responden berpendidikan tinggi justru lebih banyak yang menyatakan puas atas pelayanan kesehatan yang diberikan oleh PPK-I yaitu sebesar 70 %.

Dalam uji statistik Kendall's tau dinyatakan ada hubungan yang signifikan antara tingkat pendidikan dengan tingkat kepuasan responden dalam pelayanan kesehatan yang diberikan oleh PPK I karena p value 0,022

yang $< 0,05$. Namun keeratan hubungan tersebut lemah yaitu 0,247 berada antara 0,20-0,399 (Sugiyono, 2000).

Dalam hubungan antara karakteristik tingkat pendidikan dengan tingkat kepuasan dalam pelayanan kesehatan, dinyatakan oleh Junadi (1991) bahwa kepuasan pasien merupakan nilai subyektif terhadap kualitas pelayanan yang diberikan. Walaupun subyektif, namun ada unsur obyektifnya, dimana salah satu unsur obyektif tersebut adalah dilihat dari tingkat pendidikannya, yang artinya dalam memberikan penilaian terhadap pelayanan kesehatan yang diberikan dilandasi oleh tingkat pendidikannya. Ketidakpuasan pasien muncul, karena harapan yang terlalu muluk dan tidak rasional. Hal ini disebabkan karena tingkat pendidikan yang rendah.

4. Hubungan Antara Pengalaman Responden dengan Tingkat Kepuasan

Berdasarkan hasil penelitian menunjukkan bahwa responden yang berpengalaman berobat ke PPK-I kategori rendah (1-5 kali) mempunyai proporsi tertinggi tidak puas dalam mendapatkan pelayanan kesehatan dari PPK-I yaitu sebesar 73,9 %. Kemudian responden dengan kategori berpengalaman sedang (6-10 kali) 56,5 % menyatakan tidak puas atas pelayanan kesehatan yang diberikan oleh PPK-I. Sedangkan pada responden dengan pengalaman tinggi (> 10 kali) hanya 35,7 % yang justru lebih banyak yang menyatakan puas (64,3 %). Namun demikian berdasarkan *cross Check* dengan PPK -I, peserta JPKM dilayani sama dalam arti tidak ada

perbedaan, yakni sesuai dengan kontrak dan aturan yang telah disepakati baik peserta baru maupun lama, baik yang baru berkunjung maupun yang berkali-kali atau sering berobat ke PPK-I.

Hasil Uji Statistik dengan menggunakan *Kendall's tau* menunjukkan bahwa ada hubungan yang bermakna antara pengalaman berobat ke PPK-I dengan tingkat kepuasan responden dalam mendapatkan pelayanan kesehatan di PPK-I. Hal ini ditunjukkan dengan *p value* sebesar 0,09 yang berarti $< 0,05$. Dengan demikian ada hubungan yang bermakna antara pengalaman berobat ke PPK-I dengan tingkat kepuasan responden dalam pelayanan kesehatan yang diberikan oleh PPK-I. Keeratan hubungan lemah (0,275) karena berada pada kisaran 0,20-0,399 (Sugiyono, 2000).

Pengalaman masa lalu, yang dalam hal ini adalah pengalaman berobat atau berkunjung untuk mendapatkan pelayanan kesehatan merupakan salah satu faktor yang mempengaruhi penilaian seorang pasien terhadap pelayanan kesehatan yang diterima (Junadi, 2000). Apabila melihat data hasil penelitian ini ternyata semakin berpengalaman dalam mendapatkan pelayanan kesehatan di PPK-I justru semakin puas, atau sebaliknya semakin rendah pengalamannya lebih banyak yang merasakan tidak puas. Hal tersebut berarti bahwa responden berpengalaman rendah mempunyai persepsi bahwa harapannya terpenuhi sehingga merasa puas (Gerson, 2001), dikarenakan pasien tersebut mempunyai sedikit pengalaman sebagai bahan perbandingan atas penilaiannya.

5. Hubungan Antara Jenis Paket yang Diikuti Responden dengan Tingkat Kepuasan

Karakteristik jenis paket yang diikuti oleh responden kaitannya dengan tingkat kepuasan, setelah dilaksanakan penelitian menunjukkan bahwa pada responden yang mengikuti kepesertaan JPKM dengan jenis paket B berkeluarga ternyata mempunyai proporsi tidak puas lebih tinggi (63,8 %) dari pada responden yang mengikuti jenis paket A berkeluarga (57,1 %).

Meskipun demikian setelah dilakukan uji statistik dengan *Kendall's tau* tidak ada hubungan yang bermakna antara jenis paket yang diikuti responden dengan tingkat kepuasan dalam memperoleh pelayanan kesehatan yang diberikan oleh PPK-I. Dalam uji statistik tersebut diperoleh angka p value $0,642 > 0,05$, sehingga tidak ada hubungan yang signifikan.

Perbedaan jenis paket dalam kepesertaan JPKM di Bapel Hatimas Setia adalah terletak pada jumlah premi yang harus dibayarkan oleh peserta JPKM, yaitu paket A berkeluarga dengan premi Rp.30.000,- per bulan, dan paket B berkeluarga dengan premi Rp.13.000 per bulan. Responden yang mengikuti jenis paket A berkeluarga berarti lebih mampu membayar mahal daripada responden paket B berkeluarga. Secara teoritis dikemukakan oleh Endang, 1989), bahwa pasien yang mampu membayar mahal tidak akan mudah merasa puas bila pelayanan tidak sesuai dengan kehendaknya. Bahkan terkadang mereka lebih banyak menuntut.

C. Pengaruh Karakteristik Responden Terhadap Tingkat Kepuasan

Berdasarkan hasil penelitian terhadap responden yang berjumlah 83 orang dengan karakteristik jenis kelamin, umur, tingkat pendidikan, pengalaman, dan jenis paket, dari 4 karakteristik yang berhubungan yaitu jenis kelamin, umur, tingkat pendidikan, dan pengalaman kemudian diuji dengan *Logistic Regression*.

Dalam uji regresi logistik tersebut ternyata bahwa hanya tiga variabel bebas yaitu jenis kelamin, umur, dan pengalaman menunjukkan angka probabilitas 0,016 untuk variabel jenis kelamin, kemudian angka probabilitas 0,002 untuk variabel umur, dan angka probabilitas 0,004 untuk variabel pengalaman. Variabel tersebut dinyatakan berpengaruh terhadap tingkat kepuasan responden dalam pelayanan kesehatan yang diberikan oleh PPK-I, karena nilai probabilitas $< 0,05$. Ketiga variabel tersebut secara bersama-sama berpengaruh terhadap tingkat kepuasan responden sebagai peserta JPKM pada Bapel Hatimas Setia Semarang.

Adapun diantara ketiga variabel yang berpengaruh tersebut yang paling dominan dalam memberikan pengaruh terhadap tingkat kepuasan responden adalah variabel umur dengan probabilitas 0,002.

Hasil penelitian ini sesuai dengan pendapat Gunarsa dan Singgih (1998) yang menyatakan bahwa umur pasien berpengaruh dalam menentukan sikap maupun penilaian dalam hubungannya dengan dokter atau petugas kesehatan, kemudian pada karakteristik jenis kelamin, Junadi (1991), juga mengatakan

bahwa kepuasan pasien dalam mendapatkan pelayanan kesehatan dipengaruhi oleh beberapa hal, yang salah satu diantaranya adalah jenis kelamin. Selain itu Junadi (1991) juga menjelaskan bahwa penilaian terhadap pelayanan kesehatan yang diberikan kepada pasien juga dipengaruhi oleh pengalaman masa lalu.

D. Ketidakpuasan Responden

Berdasarkan hasil penelitian menunjukkan bahwa sebagian besar responden yaitu 52 orang (62,7 %) menyatakan tidak puas atas pelayanan kesehatan yang diberikan oleh PPK-I. Sedangkan apabila dirinci berdasarkan 13 dimensi kepuasan (hubungan dokter PPK-I dengan pasien, kenyamanan pelayanan kesehatan, kebebasan memilih, pengetahuan dan kompetensi teknis, efektifitas pelayanan kesehatan, keamanan tindakan, ketersediaan pelayanan kesehatan, kewajaran pelayanan, kesinambungan pelayanan, penerimaan pelayanan kesehatan, ketercapaian pelayanan, keterjangkauan pelayanan, dan efisiensi pelayanan), ternyata ada 8 dimensi yang menunjukkan proporsi tidak puas pada responden lebih besar dari pada proporsi yang menyatakan puas.

Pertama, pada dimensi pengetahuan dan kompetensi teknis, sebagian besar responden yaitu 55 orang (66,3 %) menyatakan tidak puas, dan responden yang lain sebanyak 28 orang (33,7 %) menyatakan tidak puas.

Kedua, dimensi efektifitas pelayanan kesehatan, yang ternyata bahwa 48 orang (57,8 %) responden menyatakan rasa tidak puas, dan 35 orang (42,2 %) menyatakan puas pada dimensi ini.

Selanjutnya yang ketiga, dimensi ketersediaan pelayanan kesehatan, juga menunjukkan fakta bahwa sebanyak 50 orang (60,2 %) responden menyatakan ketidakpuasannya. Sedangkan 33 orang (39,8 %) merasa puas pada dimensi ini.

Mengenai dimensi kesinambungan pelayanan, dalam penelitian ini ditemukan bahwa 58 orang (69,9 %) menyatakan tidak puas, dan hanya 25 orang (30,1 %) yang menyatakan puas atas kesinambungan pelayanan kesehatan yang diberikan oleh PPK-I dalam dimensi tersebut.

Dimensi lainnya dimana mayoritas responden menyatakan tidak puas adalah dimensi penerimaan pelayanan kesehatan yaitu 53 orang (63,9 %), dan responden lainnya menyatakan puas yakni 30 orang (36,1 %).

Pada dimensi ketercapaian pelayanan sebagian besar responden yaitu 58 orang (69,9 %) juga menyatakan tidak puas, sedangkan 25 orang (30,1 %) menyatakan puas. Hal tersebut dapat dipahami, karena dimensi ini berkaitan dengan jarak tempat tinggal pasien dengan PPK-I berbeda-beda, ada yang jauh maupun yang dekat dengan PPK-I sehingga persepsinyapun berbeda.

Demikian pula pada dimensi keterjangkauan pelayanan yang berkaitan dengan kemampuan ekonomi masing-masing responden. Sebanyak 46 orang (55,4 %) menyatakan tidak puas, sedangkan 37 orang (44,6 %) merasa puas. Hal ini berarti bahwa dengan membayar premi yang telah ditetapkan selama ini, ada sebagian besar responden yang merasa relatif terlalu mahal.

Dari kedelapan dimensi dimana sebagian besar responden menyatakan ketidakpuasannya, ada 4 dimensi yang mempunyai proporsi terbesar ($> 60\%$) yang menunjukkan ketidakpuasan responden, yaitu dimensi kesinambungan pelayanan ($69,9\%$), pengetahuan dan kompetensi teknis ($66,3\%$), penerimaan pelayanan kesehatan ($63,9\%$), dan ketersediaan pelayanan kesehatan ($60,2\%$).

Dalam kaitannya dengan dimensi kesinambungan pelayanan, banyak responden yang mengeluh ketika dirujuk ke PPK-II, yang ternyata bahwa petugas di PPK-II belum mengetahui adanya program JPKM tersebut. Setelah dilakukan *cross check* dengan Badan Penyelenggara diperoleh keterangan bahwa pihak Bapel sebenarnya sudah mengadakan ikatan kerja sama dengan pihak PPK-II, namun demikian diakui bahwa Bapel belum melakukan sosialisasi mengenai ikatan kerja sama ini dengan para petugas di PPK-II khususnya pada petugas di bagian pendaftaran pasien, sehingga petugas tersebut tidak mengetahui adanya ikatan kerja sama dengan Bapel.

Mengenai banyaknya responden yang menyatakan tidak puas pada dimensi pengetahuan dan kompetensi teknis, ternyata bahwa banyak pasien peserta JPKM yang menyatakan bahwa mereka tidak mendapatkan informasi mengenai penyakit mereka dari dokter PPK-I. Ketika *dicross check* dengan pihak PPK-I, sebagian dokter PPK-I mengakui bahwa mereka menyampaikan informasi kepada pasien, hanya ketika mereka menanyakan saja. Apabila tidak diminta oleh pasien mereka tidak menyampaikan informasi yang berkaitan

dengan penyakit pasien, dengan alasan menghemat waktu karena banyak pasien yang banyak antri untuk mendapatkan pelayanan.

Pada dimensi penerimaan pelayanan kesehatan, sebagian besar responden juga menyatakan ketidakpuasannya, khususnya mereka merasa bahwa PPK-I lebih mendahulukan pasien non-peserta JPKM meskipun mereka datang lebih awal dari pada pasien umum. Setelah dilakukan *cross check* dengan pihak PPK-I diperoleh keterangan bahwa hal tersebut barangkali merupakan anggapan atau persepsi mereka saja, karena PPK-I tidak merasa melakukan hal yang demikian. Namun ada dokter PPK_I yang mengatakan bahwa mungkin pada saat datang tidak langsung mendaftar, sehingga pasien (non-JPKM) yang meskipun datangnya belakangan tapi mendaftar terlebih dahulu bisa saja terjadi. Hal itulah yang mungkin menjadikan pasien peserta JPKM merasa dinomorduakan oleh PPK_I. Selain itu, ada 2 dokter PPK-I yang mengatakan bahwa kadang-kadang pernah terjadi ada kerabat dekat yang berobat ke PPK-I tersebut, sehingga dipersilakan untuk mendapatkan pelayanan kesehatan terlebih dahulu, barangkali hal itu yang dikeluhkan oleh peserta JPKM. Sedangkan seorang dokter PPK-I tidak bersedia memberikan keterangan tentang hal tersebut.

Mengenai banyaknya responden yang menyatakan ketidakpuasannya atas pelayanan kesehatan yang diberikan PPK-I pada dimensi ketersediaan pelayanan kesehatan, ternyata bahwa banyak responden yang pernah mendaftar untuk berkonsultasi mengenai cara-cara mencegah penyakit tertentu, tapi tidak bisa dilayani oleh pihak PPK-I. Setelah dilakukan *cross check* dengan pihak

PPK-I didapatkan keterangan bahwa konsultasi tersebut memakan banyak waktu padahal banyak pasien yang menunggu pelayanan kesehatan, sehingga terpaksa tidak melayani konsultasi, karena konsultasi mengenai pencegahan penyakit tersebut menurut mereka tidak memerlukan pertolongan segera. Sedangkan hasil *cross check* dengan Bapel mengenai hal ini, diperoleh keterangan bahwa di dalam kontrak memang disediakan pelayanan konsultasi kesehatan, namun pada kenyataannya memang ada dokter PPK-I yang tidak melakukan hal tersebut, fakta tersebut diketahui oleh Bapel melalui keluhan sebagian peserta melalui telepon.

BAB VI

KESIMPULAN DAN SARAN

A. KESIMPULAN

Berdasarkan hasil analisis data penelitian, maka dapat diambil kesimpulan sebagai berikut :

1. Didalam penelitian ini didapatkan bahwa responden pria lebih banyak daripada wanita, dari segi umur sebagian besar responden termasuk kategori dewasa, tingkat pendidikan sebagian besar pada kategori sedang, pengalaman menggunakan pelayanan kesehatan PPK-I mayoritas pada kategori rendah, dan jenis paket yang paling banyak diikuti responden adalah jenis paket B berkeluarga.
2. Sebagian besar responden (62,7 %) menyatakan tidak puas atas pelayanan kesehatan yang diberikan oleh PPK-I. Ketidakpuasan responden terbesar pada dimensi kesinambungan pelayanan (69,9 %), pengetahuan dan kompetensi teknis (66,3 %), penerimaan pelayanan kesehatan (63,9 %), dan ketersediaan pelayanan kesehatan (60,2 %).
3. Terdapat hubungan yang bermakna antara variabel jenis kelamin, umur, tingkat pendidikan, maupun pengalaman menggunakan pelayanan kesehatan dengan tingkat kepuasan, sedangkan variabel jenis paket yang diikuti responden tidak mempunyai hubungan yang bermakna dengan tingkat kepuasan.

Sedangkan karakteristik yang berpengaruh terhadap tingkat kepuasan responden adalah jenis kelamin, umur, dan pengalaman.

4. Faktor yang paling dominan dalam memberikan pengaruh terhadap tingkat kepuasan adalah variabel umur.

B. SARAN

1. Dalam upaya untuk memberikan kepuasan bagi peserta JPKM, hendaknya pihak PPK-I :

- Memperbaiki pelayanan khususnya pada aspek pengetahuan dan kompetensi teknis dari Pengelola PPK-I dengan cara memberikan hak pasien khususnya informasi mengenai penyakit kepada pasien peserta JPKM .
- Memperbaiki pelayanan khususnya pada aspek penerimaan pelayanan kesehatan dengan tidak menomorduakan pasien peserta JPKM dengan cara memberikan kartu nomor urut pemeriksaan.
- Memperbaiki pelayanan khususnya pada aspek ketersediaan pelayanan dengan cara memberi kesempatan kepada peserta JPKM untuk mendapatkan pelayanan konsultasi kesehatan.

2. Pihak Badan Penyelenggara, hendaknya :

- Melakukan sosialisasi kepada pihak PPK-II khususnya para petugas pendaftaran-pasien mengenai adanya ikatan kerja sama antara Badan Penyelenggara dengan Pihak PPK-II, sehingga para pasien peserta JPKM tidak mengalami kesulitan apabila dirujuk ke PPK-II.

- Melaksanakan monitoring dan evaluasi mengenai pelayanan kesehatan yang dilakukan PPK-I dengan cara membuat *form* bagi peserta JPKM dan diisi oleh setiap peserta JPKM secara periodik, misalnya setiap bulan pada saat peserta membayar premi di Badan Penyelenggara, sehingga diketahui apakah PPK-I melaksanakan ketentuan sebagaimana yang tercantum didalam kontrak kerja sama.
3. Perlu dilakukan penelitian bagi peneliti lain mengenai kinerja Badan Penyelenggara dalam menyelenggarakan program JPKM.

DAFTAR PUSTAKA

1. Ancok, Djamaludin, *Teknik Penyusunan Skala Pengukur*, Pusat Penelitian Kependudukan Universitas Gajah Mada, Yogyakarta, 1987.
2. Azwar, Azrul, *Menjaga Mutu Pelayanan Kesehatan*, Pustaka Sinar Harapan, Jakarta, 1996.
3. Azwar, Azrul, *Pengantar Pelayanan Dokter Keluarga*, Yayasan Penerbitan Ikatan Dokter Indonesia, Jakarta, 1997.
4. Azwar, Azrul, *Pengantar Administrasi Kesehatan*, Binarupa Aksara, Jakarta, 1996.
5. Azwar, Saifudin, *Sikap Manusia : Teori dan Pengukurannya*, Program Pasca Sarjana Universitas Gajah Mada, Yogyakarta, 1995.
6. Azwar, Saifudin, *Reliabilitas dan Validitas*, Pustaka Pelajar, Yogyakarta, 1997.
7. Dep Kes RI, *Pembinaan Badan Penyelenggara Jaminan Pemeliharaan Kesehatan Masyarakat*, Dep Kes RI, Jakarta, 1995.
8. Dep Kes RI, *JPKM- Pengertian dan Pelaksanaannya*, Dep Kes RI, Jakarta, 1999.
9. Dep Kes RI, *Landasan Hukum Penyelenggaraan JPKM*, Dep Kes RI, Jakarta, 1997.
10. Dep Kes RI, *Sistem Kesehatan Nasional*, 1982.
11. Dinkes Prop. Jateng, *Laporan Pelaksanaan Program JPKM*, Semarang, 2002.
12. Djuwani, E.K, *Analisis Minat Masyarakat untuk Menjadi Peserta Jaminan Pemeliharaan Kesehatan Masyarakat di Kabupaten Tegal*, Thesis, UGM, Yogyakarta, 2001.
13. Donabedian, Avedis, *Exploration in Quality Assesment and Monitoring Health Administration*, Press Ann Arbor, Michigan, 1980.
14. Endang E, *Perawatan Orang Sakit di Rumah Sakit dari Sudut Pandang Psikologi*, 1989.
15. Engel, James F, Blackwell, Roger D, Miniard, Pane W, *Perilaku Konsumen*, Bina Rupa Aksara, Jakarta, 1995.

16. Gani, Ascobat, *Prospek Perkembangan JPKM dalam kosen (ed), Bunga Rampai Pengembangan JPKM di Indonesia*, Balitbang Depkes RI, Jakarta, 1997.
17. Gerson, Richard F, *Mengukur Kepuasan Pelanggan*, PPM, Jakarta, 2001.
18. Gumayanti, I.L., *Psikologi dalam Perawatan*, Yogyakarta, 1990.
19. Gunarsa dan Singgih, *Psikologi Perawatan*, BPK Gunung Mulia, Jakarta, 1998.
20. Hadi, Sutrisno, *Analisis Butir untuk Instrumen Angket, Tes, dan Skala Nilai dengan BASICA*, Andi Offset, Yogyakarta, 1991.
21. Hendrarto, *Kaidah-Kaidah Penulisan Thesis dan Disertasi*, Hand Out, Semarang, t.th
22. Hudelson, Patricia M, *Quality Research For Health Programmes*, Division of Mental Health World Organization, Geneva, 1994.
23. Indrawijaya, Adam, *Perilaku Organisasi*, Bandung, 1983.
24. Jacobalis, Samsi, *Penilaian Mutu Pelayanan Kesehatan dan Akreditasi Rumah Sakit*, Kumpulan Naskah Ilmiah, Konggres Persi ke-2, Surabaya, 1992.
25. Junadi, Purnawan, *Survey Kepuasan Pasien di Rumah Sakit*, Seminar di RSPAD Gatot Soebroto, Jakarta, 1991.
26. Kotler, Philip, *Manajemen Pemasaran, Analisis Perencanaan dan Pengendalian*, Erlangga, Jakarta, 1997.
27. Kusnanto, Hari, *Metode Kualitatif dalam Riset Kesehatan*, Program Pasca Sarjana Universitas Gajah Mada, Yogyakarta, t.th.
28. Listiani, H, *Analisis Minat Masyarakat dan Kesiapan Pengembangan JPKM di Kabupaten Kudus*, Thesis, UGM, Yogyakarta, 1998.
29. Media Kesehatan Masyarakat Indonesia, Fakultas Kesehatan Masyarakat-Universitas Diponegoro, Semarang, 2002.
30. Mukti, Ghufro Ali, *Peluang JPKM dalam Otonomi Daerah Menyongsong Indonesia Sehat 2010*, Yogyakarta, 2001.
31. Notoatmodjo, Soekidjo, Sarwono, Solita, *Pengantar Ilmu Perilaku Kesehatan*, Badan Penerbit Kesehatan Masyarakat FKM-UI, Jakarta, 1985.

32. Notoatmodjo, Soekidjo, *Metodologi Penelitian Kesehatan*, Rineka Cipta, Jakarta, 2002.
33. Poernomo, Bambang, *Hukum Kesehatan*, Aditya Media, Yogyakarta, t.th.
34. Prabandari, Yayi Suryo, *Introduksi Penelitian Kualitatif*, Program Pasca Sarjana Universitas Gajah Mada, Yogyakarta, 1997.
35. Sugiyono, *Statistika Untuk Penelitian*, Alfabeta, Bandung, 2000.
36. Supranto J, *Pengukuran Tingkat Kepuasan Pelanggan*, Rineka Cipta, Jakarta, 1997.
37. Thabrany, Hasbullah, *Asuransi Kesehatan di Indonesia*, Pusat Kajian Ekonomi Kesehatan Universitas Indonesia, Depok, 2001.